This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

JUL 5 1967

LANE

MEDICAL LIBRARY

Gift of
Dr. Randolph Flood

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

JUL 5 1967

LANE

MEDICAL LIBRARY

Gift of
Dr. Randolph Flood

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

[redacted]

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

DES ENFANTS A LA MAMELLE

ET

DE LA SECONDE ENFANCE

PAR

E. BOUCHUT, 1818-1891

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre de la Société anatomique, de la Société de biologie,
de la Société de médecine pratique de Paris, de la Société médicale de Dresde, etc.

QUATRIÈME ÉDITION

CORRIGÉE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE

Avec 46 figures intercalées dans le texte

Ouvrage couronné par l'Institut de France

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES
Hippolyte Baillière, Regent street, 219.

NEW-YORK
Baillière brothers, Broadway, 440.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1862

Droits de traduction réservés.

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

B75
1862

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

DES ENFANTS A LA MAMELLE

ET DE LA SECONDE ENFANCE.

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ENFANCE.

SECTION PREMIÈRE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DE L'ENFANCE ET SUR LES MOYENS DE LES RECONNAÎTRE.

Il est impossible de se rendre compte des phénomènes qui se rattachent aux maladies de l'enfance, si l'on ignore les principes et les lois de physiologie qui régissent les affections du jeune âge. La connaissance de ces principes est surtout nécessaire pour bien comprendre les différences qui séparent les affections des jeunes enfants des mêmes affections qui se développent chez l'adulte.

Rien n'est comparable à l'influence de l'âge sur la forme des maladies, si ce n'est l'influence des climats sur la force et la forme des plantes et des grands animaux. Quand on jette les yeux sur les ricins si faibles de notre pays, et qu'on les compare aux superbes et gigantesques ricins des contrées intertropicales; quand on voit ces pâles cactus de nos serres chaudes, à côté des cactus si brillants, si renommés du nouveau monde, quand on compare les animaux de même espèce, nés dans les latitudes différentes, les ours du Nord, par exemple, aux ours des Pyrénées, le lion du désert au lion des forêts du Brésil, alors on comprend toute l'étendue des modifications apportées au développement des individus de même espèce par le lieu de la naissance, et par suite on est frappé de la différence qui sépare la maladie d'un enfant naissant de la même maladie d'un homme bien formé et dans toute la certaine vigueur de l'âge.

Je vais exposer les conditions générales en vertu desquelles les maladies

des jeunes enfants diffèrent des maladies des adultes. Je dirai ensuite quels sont les moyens les plus convenables à employer pour reconnaître ces maladies. Je parlerai de la *physionomie*, du *geste* et de l'*attitude*, du *développement* et de l'*embonpoint*, du *cri*, et enfin de *tous les signes extérieurs* fournis par l'examen de la bouche, du ventre, de la poitrine, de la respiration, de la circulation, de la calorification, etc., signes d'autant plus importants à connaître que les enfants sont plus jeunes, et par cela même plus incapables de rendre compte de leurs sensations.

L'enfant qui ouvre les yeux à la lumière est un être incomplet, dont l'organisme, encore inachevé, demande à se développer. Comme le dit Hufeland, on peut appeler le temps qui s'écoule immédiatement après la naissance et pendant la première année, la suite d'une création dont une moitié s'opère dans l'intérieur et l'autre moitié en dehors du sein de la mère. Certains organes, jusqu'alors inactifs, commencent à fonctionner; ils se développent et se modifient; d'autres disparaissent; l'enfant passe dans des sphères d'existence entièrement nouvelles, d'abord dans la vie extra-utérine, puis dans celle des sens, enfin dans la sphère du monde intellectuel. La vie de l'enfant n'est donc pas un état normal, mais une suite d'efforts pour y arriver; c'est ainsi que le médecin doit la considérer. Ce que, dans d'autres circonstances, nous prendrions pour maladie est ici l'effet et le symptôme du travail de la nature, occupée à créer et à développer.

L'enfant pèse d'abord de 6 à 8 livres; au bout d'un an il en pèse 20; à deux ans, 24; à trois ans, 26 1/2; à quatre ans, 30 1/2; à cinq ans, 34; à six ans, 37; et à sept ans, 41. Sa taille ne change pas moins rapidement; de 8 à 10 pouces qu'il présente à sa naissance, il en acquiert 26 et 28 au bout de neuf mois; 30 à 31 à la fin de la deuxième année; 32 à 33 dans sa troisième: 35 dans la quatrième, et ainsi jusqu'à sept ans où sa taille est de 39 à 41 pouces.

Dans les premiers temps de l'existence, l'activité des fonctions est vraiment remarquable; la nutrition, la circulation, l'élaboration des humeurs s'effectuent avec une grande rapidité. Mais si cette accélération des mouvements organiques est nécessaire à l'accroissement des sujets, elle détermine une susceptibilité pour ainsi dire malheureuse des organes qui les dispose aux maladies. Aussi est-on plus souvent malade dans la première enfance qu'à toute autre époque de la vie. Cette aptitude morbifique se révèle d'ailleurs par des faits d'une haute signification. Je veux parler de la mortalité des enfants nouveau-nés.

Le premier jour est le plus terrible à passer; un grand nombre des enfants succombe, et nous savons, d'après Heuschling, qu'en France, sur un million de naissances annuelles, il y en a 160 000, c'est-à-dire le sixième, qui sont tranchées par la mort à la fin de la première année. Cette mortalité est un peu plus forte chez les garçons que chez les filles, et cela, dans la proportion d'un ème, car sur 100 enfants de chaque sexe et de 0 à 1 an d'âge, il suc-

mbe annuellement 20 garçons et 16 filles. — C'est une loi constante pour France et pour les États de l'Europe où la statistique des décès a été faite ec soin.

L'enfant reçoit avec la vie une manière d'être qui constitue son individua- é physiologique ou son idiosyncrasie, laquelle dépend à la fois du climat, de ge et de la constitution des parents, de leur disposition morale, de leurs ladies, etc.; il a en puissance, et cela dès le berceau, certaines dispositions connues qui amèneront plus tard un certain nombre de maladies, telles que : philis, dartres, scrofule et tuberculose, goutte, épilepsie, folie, etc. Il peut nihiler, en vertu de cette idiosyncrasie puérile, quelques-unes de ces ma- lies jusqu'à vingt, trente ou quarante ans; mais il en est d'autres qu'il ne ut garder plus de cinq ou six années à l'état latent, ce sont : la scrofule l'épilepsie. L'une d'elles, la syphilis, sous sa forme héréditaire, éclate au s tard six semaines ou deux mois après la naissance.

Il y a des maladies spéciales à l'enfance et d'autres qui sont communes à t âge et à toutes les périodes de la vie. Les premières, telles que l'ophthal- ie, les convulsions, le croup, le faux-croup, la méningite granuleuse, le lérème, la coqueluche, l'entéro-colite, ont des caractères propres qu'il faut dier à part, si l'on ne veut pas les méconnaître ; les autres, qui se mani- stent à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, se présentent, quand on les mpare, avec une forme modifiée toute particulière, qui établit entre elles e notable différence. La modification porte principalement sur les lésions et r le degré de réaction qu'elles déterminent, c'est-à-dire sur les symptômes, sorte que dans un grand nombre de cas la science des maladies de l'homme trouverait en défaut à l'égard des mêmes maladies de l'enfant, si l'on en ait fait une étude comparative. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, rien est plus aisé à reconnaître, chez l'adulte, que la phthisie pulmonaire con- mée ; il n'est rien qui présente plus de difficulté chez le jeune enfant. Il en t de même pour un grand nombre d'autres maladies.

Les affections les plus fréquentes chez les enfants à la mamelle sont les mala- es des voies digestives et celles des voies respiratoires; viennent ensuite les aladies de la peau et les affections du système nerveux. Au reste, il n'y a n de bien précis à cet égard, car ce qui serait vrai pour la première riode de l'allaitement, ne le serait pas entièrement pour la seconde ni ur la fin de l'enfance. En effet, si, par la pensée, on divise en deux parties la e de la mamelle, l'une qui serait comprise entre le moment de la naissance l'époque de la dentition, et l'autre étendue depuis la dentition jusqu'au rme ordinaire de l'allaitement, c'est-à-dire jusqu'à dix-huit ou vingt mois, n trouvera, dans cette seconde période, des maladies qui sont assurément rt rares dans la première : les maladies de la bouche, par exemple, les phthes, l'angine couenneuse, et d'autres affections infiniment plus fréquentes ne dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Toutes les maladies de l'enfance ne sont que des impressions transformées,

et résultent de la réaction qui suit une impression morbifique. Impression et réaction sont en effet la formule étiologique la plus élevée de toutes les maladies (1). Seulement ici, chez le jeune enfant, l'impression est facile, elle est plus profonde et plus grave que chez l'adulte ; aussi les réactions sont-elles plus vives et plus dangereuses. Il y a des organes qui sont plus susceptibles que d'autres ; tels sont : le cerveau, le poumon, les bronches et l'intestin ; aussi voit-on ces manifestations morbides éclater ordinairement dans ces tissus et dans ces viscères.

D'une manière générale, on peut dire, sans crainte de se tromper, que les lésions anatomiques des maladies de la première enfance sont moins franchement inflammatoires que les lésions des maladies de la seconde enfance et que celles de l'âge adulte ; elles sont plus meurtrières, il est vrai, mais la mort est moins souvent le résultat des désordres matériels qu'elles produisent que du coup porté à une faible organisation par une réaction dynamique trop considérable.

En effet, si l'on examine avec attention les lésions anatomiques d'une pneumonie, et que l'on compare ces lésions à celles de la pneumonie aiguë des adultes, cherchez dans l'un et dans l'autre cas l'élément matériel de ce qu'on est convenu d'appeler *phlegmasie*, et vous ne trouverez, ici et là, aucun rapport à établir. L'inflammation est sans vigueur à cet âge si tendre ; elle a moins de plasticité ; elle est, si l'on peut s'exprimer ainsi, faible comme le sujet sur lequel elle se développe. Rarement la suppuration vient à la suite ; les matériaux qu'elle amasse dans les cellules d'un organe y séjournent, car les forces de l'absorption sont amoindries et insuffisantes pour les faire disparaître Si l'enfant ne succombe pas, la maladie passe souvent à l'état chronique.

La forme subaiguë ou chronique est, selon moi, un des caractères les plus importants de ces maladies ; c'est ce qui les rapproche, jusqu'à un certain point, des maladies des vieillards. Ainsi la pneumonie se présente beaucoup plus souvent sous la forme chronique, à ces deux périodes extrêmes de l'existence, que dans l'âge adulte. Il en est de même de la pleurésie et de l'entérocolite ; celle-ci surtout est remarquable par sa tendance à se transformer en maladie chronique.

Les altérations anatomiques ne sont pas les seuls indices capables de révéler au médecin la différence qui sépare les phlegmasies chez les enfants à la mamelle des phlegmasies chez les adultes ; d'autres signes non moins importants, tirés de l'étude de leurs symptômes, de leur marche, de leur durée et de leur terminaison, viennent confirmer cette assertion. En effet, que de différences dans les symptômes, suivant les maladies ! N'est-ce pas à l'étroitesse de la glotte chez les enfants qu'il faut rapporter les accidents de dyspnée et d'asphyxie qui surviennent si rapidement dans quelques affections des voies respiratoires ? N'est-ce pas à la susceptibilité très grande du système nerveux

(1) E. Bouchut, *Traité de pathol. générale et de sémiologie*. Paris, 1857, p. 1 et 8.

qu'il faut attribuer les phénomènes spasmodiques et convulsifs qui signalent le début des maladies aiguës fébriles ou la fin malheureuse de quelques maladies chroniques? N'y a-t-il pas, enfin, dans la réaction fébrile des caractères différentiels évidents d'une très grande valeur?

Chez le jeune enfant, la réaction fébrile est, comme chez le vieillard, sans rapport exact avec la lésion matérielle; chez lui, elle est très vive et semblerait indiquer un désordre peu considérable; chez le vieillard, elle est faible, quelquefois nulle, malgré de très graves lésions anatomiques; il n'y a que chez l'adulte où la balance se trouve en quelque sorte équilibrée, et où l'on puisse se guider sur la réaction pour juger des lésions matérielles.

Le désaccord de la réaction et de la lésion est un des phénomènes les plus curieux de la pathologie enfantile, et il a, selon moi, une haute signification médicale. Ainsi, pour prendre un exemple, l'exaltation des forces, qui se montre si vive et si différente dans la pneumonie de l'enfant, dans la pneumonie de l'adulte et dans la pneumonie du vieillard, atteste au moins une fois de plus la vérité de ce principe, que ces lésions étant données les mêmes, chacun, selon son âge, ou d'autres circonstances encore, a une manière de les subir qui constitue son idiosyncrasie.

Chez les jeunes enfants, la réaction est constituée par l'ensemble des phénomènes généraux, tels que les troubles de la sensibilité générale et motrice, les troubles de la calorification cutanée, et enfin par l'état des pulsations artérielles. Le pouls ne donne, il est vrai, qu'une idée approximative et exagérée de l'étendue des altérations locales, et de la résistance dynamique des sujets; mais enfin, c'est un renseignement fort utile qu'on ne saurait négliger. Fort ou faible, il est en général très varié dans son accélération, et présente une ou deux rémissions par jour. Ses intermittences sont très rares et n'ont d'ailleurs lieu que dans les maladies avancées du système cérébro-spinal. Dans l'enfance, la réaction fébrile n'est donc pas continuellement la même; très vive un moment, elle diminue beaucoup, et reparaît ensuite à un très fort degré. Ces alternatives sont surtout remarquables au bout de quelques jours de durée de la phlegmasie, soit du poumon, soit du gros intestin; elles deviennent très évidentes lorsque ces maladies passent à l'état chronique.

Les affections de la première enfance diffèrent donc des maladies de l'adulte sous bien des rapports : action facile des causes productrices, réaction vive, souvent exagérée, qui tombe rapidement, faible plasticité de l'inflammation, qui donne aux lésions anatomiques des caractères physiques particuliers; état fébrile souvent accompagné de rémissions; marche rapide des accidents, terminaison précipitée, soit que la guérison ait lieu, soit que la mort ou la chronicité survienne; tout enfin nous permet de dire que les maladies des enfants à la mamelle présentent un cachet de faiblesse remarquable, qui est en rapport avec la chétive constitution des sujets.

Les considérations de pathologie générale laissent voir notre manière d'envisager les maladies qu'on observe chez les nouveau-nés et chez les enfants à

la mamelle. Les opinions que je viens d'émettre trouveront leur confirmatio dans la suite de cet ouvrage et surtout dans l'article que je consacrerai à l'étu de la réaction fébrile.

Voici maintenant les caractères généraux extérieurs de ces maladies, te que l'observation nous les indique; ils sont de la plus haute importance nous sont fournis par les moyens d'expression particuliers au jeune âge.

SECTION II.

DES MOYENS D'EXPRESSION DES ENFANTS.

Ce n'est pas chose facile que de s'entendre avec une chétive créature q semble d'abord n'avoir besoin que de nourriture et de sommeil, dont l'inte ligence commence à s'ouvrir, et qui cherche à prendre connaissance de to les corps inconnus qui l'entourent. Si la tâche devient moins pénible à u époque plus avancée, il faut cependant convenir qu'elle reste encore difficil tant que la parole ne vient pas en aide aux malades embarrassés pour exprim leurs sensations.

Jusque-là, le médecin qui examine un enfant qui souffre n'a que faire langage articulé, puisqu'il est insuffisant; il doit avoir recours à d'autr moyens. Avant la parole, Dieu a donné à l'enfant un langage que les philos phes appellent langage naturel; c'est le langage des signes. Le médecin d le connaître, et je dirai même le cultiver en artiste, pour éviter de commett les plus graves erreurs. L'intelligence de ce langage lui est surtout précieu dans l'observation des maladies de l'enfance; là, devant un personnage mu son coup d'œil doit le diriger pour appliquer les ressources de la médecin

Chez l'enfant, pour être le sage interprète de son langage naturel, il fa étudier sa physionomie, ses traits, ses yeux, ses gestes, son cri et son attitud si l'on joint à cette étude, d'une part l'observation de certains caractères tir de l'état d'agitation ou de calme chez les petits enfants, et de l'autre les rés tats de l'inspection de quelques signes extérieurs importants, tels que l'exam du pouls, de la bouche, du ventre, des produits de sécrétion, vomissement selles, etc., on aura toutes les notions suffisantes pour bien juger de la pl part des maladies de l'enfance.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA PHYSIONOMIE CHEZ LES ENFANTS MALADES.

La critique a été sévère envers ceux qui ont cherché à lire sur la physi nomie ce qui se cache au fond de l'âme. Il n'y a rien là qui doive étonn Elle n'a point épargné non plus les médecins qui ont cru pouvoir, sa négliger les autres moyens d'exploration, deviner l'existence d'un cert

nombre de maladies d'après l'inspection de la physionomie, de l'attitude, du geste, etc. Cela peut surprendre davantage, surtout quand on pense que la plupart de nos maîtres expérimentés se laissent guider par leur inspiration et jugent souvent d'une maladie sans adresser aucune question au malade. Le langage naturel n'est inintelligible que pour ceux qui ne veulent pas faire d'efforts pour le comprendre.

Les ouvrages d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne, de Boerhaave, renferment beaucoup de documents précieux relatifs aux altérations de la physionomie dans les maladies de l'adulte. Ils ne renferment qu'un petit nombre d'observations applicables aux enfants. Il en est de même des ouvrages de Stahl (1), de Quelmalz (2), de Thomas Fieni (3) ; ce dernier, quoique renfermant plus de détails, ne contient rien qu'on ne trouve déjà dans Galien et dans Hippocrate.

Les auteurs modernes renchérissent à qui mieux mieux pour détruire les résultats obtenus par quelques médecins dans leurs études sur la physionomie morbide. Il n'y a guère que Underwood (4), Jadelot et Billard qui aient compris l'importance de ces études quand elles ne sont pas exclusives, et qui se soient décidés à leur donner la place qu'elles méritent.

Jadelot, qui n'a jamais rien publié de ses recherches, a cependant contribué plus que personne à répandre ces précieuses connaissances. Tous les élèves ont pu le voir pratiquant au lit des malades. Il excellait dans l'art difficile de scruter la physionomie des enfants pour y découvrir la nature et la marche de leurs maladies. D'après ce médecin, ce serait surtout *depuis l'époque de la dentition jusqu'à la puberté* qu'on pourrait tirer quelques secours de la sémiologie physionomique.

Toutefois, si Jadelot est arrivé à saisir facilement et nettement les modifications souvent aussi mobiles que rapides imprimées par les maladies aux facies des enfants, il a peut-être eu le tort de vouloir les traduire en termes concis, d'une signification trop absolue ou trop restreinte. Un portrait ne s'écrit pas, on le peint; heureux l'artiste inspiré qui anime une toile ; malheureux celui qui remplace le pinceau par la plume dans la description d'un visage. Le portrait sera toujours inférieur au modèle.

L'aptitude à juger les physionomies dépend beaucoup de l'inspiration. La nature a richement favorisé certains hommes à cet égard; il en est qui possèdent ce talent au suprême degré, mais je crois que l'habitude et l'expérience peuvent encore beaucoup pour ceux qui ont été moins bien partagés. Aussi

(1) *De facie morborum indice.*

(2) *De prosocopia medica.*

(3) *Semeiotice sive de signis medicis.*

(4) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, complété et mis sur un nouveau plan par le docteur Eusèbe de Salle, avec des notes de M. Jadelot. Paris, 1825, 2 vol. in-8.

ferai-je mes efforts pour traduire clairement les résultats de mes observations sur la physionomie morbide chez les enfants à la mamelle. J'y mettrai d'autant plus de soin que Jadelot et son commentateur, M. Eusèbe de Salle, n'ont étudié les altérations de la physionomie que dans la seconde enfance, en déclarant très à tort que dans la première, c'est-à-dire chez les enfants à la mamelle, la figure n'avait point de traits arrêtés, et qu'il était impossible d'y rien découvrir au point de vue sémiotique. C'est une lacune que ces auteurs m'ont laissé à combler, et je m'estimerai très heureux si je puis la remplir convenablement.

Coloration de la face et des téguments.

Les enfants qui viennent de naître présentent à la face et sur le corps une coloration rouge qui conserve son éclat durant quatre ou cinq jours environ. Pendant ce temps, si l'on presse sur les téguments, la coloration s'efface et la peau paraît jaunâtre; puis le sang revenant peu à peu dans les capillaires dont la pression l'avait chassé, cette nuance jaune est remplacée par la couleur rouge antérieure. Du cinquième au huitième jour, cette coloration disparaît; à ce moment, la peau présente une teinte générale jaunâtre, qui dépend de la résorption lente du sang infiltré dans les tissus au moment de la naissance.

Quelquefois cette coloration jaune cuivrée, plus ou moins intense, se montre sous la peau en même temps qu'elle existe sous la conjonctive et au-dessous de la langue; c'est alors un véritable ictère qui dépend du passage de la bile dans le sang, et qui résulte d'une légère hépatite causée par l'inflammation de la veine ombilicale.

Après le huitième jour, la peau prend une teinte blanchâtre, transparente, rosée, avec coloration vive sur les pommettes. Elle reste ainsi pendant le calme des enfants, mais elle change avec leur agitation. La face rougit, se congestionne plus ou moins vivement, suivant les circonstances, dans les petits chagrins de cet âge, dans les efforts plus ou moins pénibles de la toux, etc. Ainsi, dans la coqueluche, la face devient quelquefois toute bleue, et le sang s'échappe par les yeux (1) ou par les narines.

Cette maladie n'est pas la seule dans laquelle la coloration du visage puisse fournir de précieux renseignements.

Ainsi, à peu près nulle dans les maladies de poitrine, cette coloration acquiert une immense importance dans les affections du système nerveux.

La coloration rouge subite, fugitive et intermittente du visage est un signe certain d'affection cérébrale aiguë.

La cyanose des muqueuses et de la peau révèle toujours l'existence d'une affection organique du cœur.

(1) Ce fait est excessivement rare, mais je l'ai observé une fois à l'hôpital Necker, ns le service de M. Trousseau et une seconde fois dans mon service de l'hôpital e-Eugénie sur un enfant qui avait en même temps une apoplexie de la conjonctive.

Dans les maladies du larynx assez intenses pour gêner l'hématose, on ne juge souvent du degré de l'asphyxie que par la coloration des téguments, et c'est d'après cette coloration que l'on se décide quelquefois à employer un moyen extrême, devenu nécessaire. Ainsi, dans le croup, la teinte blanche, rosée, ordinaire au visage, change très sensiblement; le fond n'est plus le même, de rose elle passe au bleu pour s'accorder avec la teinte des lèvres, dont le brillant coloris a disparu. La nuance augmente rapidement d'intensité avec la maladie; et lorsque la cyanose devient évidente, lorsqu'elle s'accompagne d'anesthésie, et de cet état particulier de la pupille et des yeux dont nous reparlerons, nulle hésitation n'est possible; d'après ces signes de danger, il faut prendre une détermination énergique. La trachéotomie est indispensable.

La coloration du visage est singulièrement altérée dans la néphrite albumineuse chronique où elle présente une teinte laiteuse avec œdème sous-cutané. dans la cachexie paludéenne reconnaissable à sa nuance pâle tirant sur le jaune et dans les maladies des voies digestives. J'ose à peine mentionner la teinte rouge cuivrée, noirâtre, et la teinte noire qui se manifestent successivement d'un côté de la bouche hors du sphacèle de cette partie; mais je parlerai de la teinte plombée qui remplace l'éclat de la peau chez les enfants attaqués par le muguet et l'entéro-colite. Alors les yeux sont cernés, la face est blême, les lèvres sont pâles, décolorées, sans présenter la teinte bleue de l'asphyxie.

Les maladies du foie sont rares chez les enfants à la mamelle; on trouve dans la coloration du visage et du corps un indice précieux de leur existence. La peau, les conjonctives, la muqueuse de la partie inférieure de la langue, prennent une couleur jaune très prononcée. La valeur de ce signe est d'autant plus importante, qu'il n'y a pas, je suppose, chez ces jeunes enfants, d'ictère idiopathique, résultat d'une impression morale vive. Tous les faits d'ictère que j'ai vus avaient pour origine une affection du foie.

En poursuivant ces recherches, nous aurions à indiquer la coloration rougeâtre vultueuse de la face et des yeux chez les enfants menacés d'une fièvre éruptive, la coloration bleuâtre perlée des conjonctives chez les enfants tuberculeux, la teinte cuivrée de certaines taches du visage d'origine syphilitique, etc.; mais ce serait peut-être sortir du champ de l'observation positive.

Des traits et de l'expression de la face.

Si l'on examine le visage d'un jeune enfant qui repose, on est ravi d'y trouver tant de calme et tant de sérénité. Aucun pli, aucune ride n'existent à sa surface. La respiration est lente et paisible; le pouls faible et régulier.

La douleur et la joie sont les deux mobiles qui vont bouleverser ce tableau. Les traits se rapprochent et se contractent dans la souffrance, ils s'épanouissent au contraire au moment des sensations agréables.

Il n'est personne qui ne puisse reconnaître ces signes qui traduisent les impressions de l'âme; nous croyons donc qu'il est inutile d'y insister davantage. Ce qu'il nous importe, c'est de découvrir sur le visage, dans la manifestation de la douleur, des traits qui indiquent son origine; or, c'est chose possible dans un grand nombre de circonstances. Ainsi les enfants qui souffrent dans la tête, par suite d'une affection aiguë des méninges ou du cerveau, joignent à *leur cri*, une altération des traits fort évidente. Tantôt c'est une paupière qui ne peut se lever, et laisse l'œil entr'ouvert; ou bien c'est le nez dont une narine reste abaissée; d'autres fois, c'est la bouche dont une commissure offre une déviation considérable; tantôt enfin, c'est du strabisme, des convulsions de la face, etc. On ne peut en demander davantage.

N'est-ce pas encore dans une des maladies chroniques du cerveau, dans l'hydrocéphale, que l'on trouve cet aspect étrange du visage occasionné par la disproportion du crâne et de la face? Cette déformation n'est-elle pas l'indice le plus certain qu'on puisse avoir de cette maladie? Quelqu'un a-t-il jamais pu se tromper devant un jeune enfant, dont la tête est énorme relativement à la face, dont le front s'élève et se projette en avant, dont la bosse frontale d'un côté proémine notamment plus que celle du côté opposé, dont le regard est enfin rendu divergent par la dilatation de la base du crâne au-dessus des orbites? Assurément non; d'autres signes, du reste, viennent appuyer la valeur de ceux qui précèdent, mais, en allant à leur recherche, le médecin court à la vérification d'une hypothèse formée dans son esprit à la première vue du malade.

Dans les affections de poitrine, prenons la pneumonie, l'une des maladies qu'il est plus aisé de reconnaître par les signes extérieurs. L'examen des narines suffit souvent pour indiquer son existence, et l'altération des traits qui l'accompagne est un de ses meilleurs caractères. A chaque inspiration, les narines se dilatent avec un effort considérable, les sourcils se rapprochent, et quelquefois, mais c'est à une période très avancée, les lèvres s'écartent pour faciliter la respiration. Ces signes, tels que je viens de les indiquer, seraient insuffisants, si l'on n'observait en même temps les gestes et le cri des jeunes malades. Ainsi, placé près d'un berceau où se trouve un malade qui pousse un gémissement plaintif et saccadé, suivi d'une inspiration et d'un temps de repos, dont les narines se dilatent avec force, dont les côtes se dépriment latéralement avec violence au moment d'une saillie considérable du ventre, le médecin peut supposer qu'il y a pneumonie et procéder ensuite à la vérification du diagnostic par les moyens ordinaires. Il lui est difficile de tomber dans l'erreur.

La pleurésie chez les enfants à la mamelle ne présente aucun de ces signes. On les rencontre quelquefois dans la bronchite *capillaire très intense*, mais il faut convenir qu'il est difficile de la distinguer de la *pneumonie lobulaire*, même à l'aide de l'auscultation.

Les maladies du ventre sont de nature à exercer la sagacité du médecin

physionomiste. Il en est quelques-unes qui se manifestent sur le visage, par des caractères qu'il est impossible de méconnaître; d'autres, au contraire, ne laissent aucune empreinte à sa surface.

L'entéro-colite aiguë est accompagnée par une évidente et prompte déformation des traits. Cette déformation a déjà été indiquée par quelques médecins, comme spéciale au ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Mais l'existence de cette maladie est loin d'être prouvée; il est probable qu'elle a été confondue avec celle dont nous parlons (voyez *Entéro-colite*) : il n'y a donc rien d'étonnant de trouver entre elles la similitude de traits que je vais énumérer.

Dans ces maladies, et dans le court espace d'une nuit, la face devient blême et maigrit rapidement. Les lèvres se décolorent; le nez se pince, les joues tombent, les yeux s'excavent, perdent leur éclat, et s'entourent d'un sillon sous-orbitaire profondément creusé. Quoi de plus caractéristique et de plus spécial à la fois! Il n'est aucune maladie qui offre de tels signes.

Vient-il des coliques, et elles sont fréquentes dans cette maladie, l'enfant ne peut nous l'indiquer; il est cependant possible de les reconnaître. Sur ce visage ainsi altéré, dont nous parlions il n'y a qu'un instant, passe un nuage de douleur; la face devient sombre, les traits se contractent, les sourcils se rapprochent, les yeux se ferment à demi, les narines s'élèvent en formant une ride sur la joue; les lèvres, un instant agitées, s'écartent, et des cris se font entendre. En même temps, le jeune enfant fléchit ses cuisses sur le ventre, qu'il tend avec effort; il se tortille avec violence; puis le calme reparaît, tout revient à l'état ordinaire.

Dans l'entéro-colite chronique, on trouve sur la surface d'autres caractères qui n'ont pas moins de valeur.

L'amaigrissement rapide du visage, constaté dans l'entéro-colite aiguë, n'a pu que faire des progrès. Il n'a pas continué à marcher dans les mêmes proportions : c'eût été impossible. La peau, dépourvue de son tissu cellulaire, reste molle, flasque et ridée sur les muscles qui la tirent dans tous les sens.

Les enfants se présentent alors avec une figure d'aspect terreux, amaigrie; elle est décharnée; tous les os sont saillants; des rides nombreuses la sillonnent sur le front et autour des yeux, sur les joues, autour des lèvres, sur le menton et sur le cou. Les enfants ressemblent à de petits vieillards près de s'éteindre, et ils ont une certaine ressemblance avec le visage sardonique osseux et ridé du vieux Voltaire, ce qui a fait dire qu'ils avaient la face voltairienne.

Mais, dira-t-on, si cette apparence est le résultat de l'amaigrissement, elle doit se retrouver dans toutes les autres maladies chroniques. L'objection est fondée : je devais chercher à la résoudre, afin de donner à ces études de physionomie morbide autant de valeur que possible, sans prétendre leur accorder une confiance exclusive.

Les faits doivent seuls juger la question; il n'est pas, chez les enfants à la

mamelle, de maladie chronique autre que l'affection des intestins, qui soit capable de faire disparaître ainsi tout le tissu cellulaire de la face et la tonicité de la peau, pour lui donner ce caractère de vieillesse prématurée dont nous parlons. Les tubercules pulmonaires eux-mêmes, maladie chronique par excellence, ne produisent pas ce résultat; car ce sont les accidents aigus de pneumonie, et non la consomption, qui mettent un terme à l'existence.

La pneumonie chronique est la seule affection qui prolonge assez longtemps la vie pour communiquer à la physionomie l'apparence bien caractérisée de la décrépitude. Il faut alors demander si des évacuations alvines, assez nombreuses pour spécifier l'entéro-colite consécutive, ne sont pas venues compliquer cette pneumonie, afin de faire la juste part d'influence de l'une et de l'autre de ces affections.

Il est une dernière maladie des voies digestives, qu'on a voulu juger jadis d'après l'inspection de la face : c'est peut-être la seule qu'il soit impossible de reconnaître de cette manière; je veux parler de l'affection vermineuse.

Les enfants atteints de cette affection offrent, s'il faut en croire les auteurs, le teint gris plombé, les conjonctives bleuâtres, les pupilles fort dilatées, et ils contractent incessamment leurs narines, à cause d'une démangeaison assez vive de cette partie du visage, Thomas Fieni, *Signa a naso*, s'exprime ainsi : « La démangeaison du nez, dans les maladies aiguës, indique le délire; si elle » n'a pas de cause évidente et manifeste comme un poil qui le pique, elle » annonce la présence de vers dans les intestins, surtout chez les enfants. »

Je ne sais s'il en est ainsi dans les contrées où l'affection vermineuse est commune; mais à Paris, où elle est assez rare, on n'observe rien de semblable. Les enfants qui ont des vers n'offrent pas souvent l'état perlé des conjonctives et la dilatation des pupilles; ils ne se plaignent pas de démangeaisons au nez, et ils ne portent pas la main sur cette partie du visage pour témoigner de leurs sensations, alors que la parole est insuffisante pour les exprimer. D'une autre part, la dilatation des pupilles, la teinte bleue des conjonctives, les démangeaisons au nez, existent chez des enfants qui n'ont pas de vers, ou qui, du moins, n'en ont pas rendu dans leurs garderobes.

Certaines affections générales laissent sur la physionomie une empreinte qu'on ne peut toujours reconnaître, car la modification des traits n'est pas considérable. Ainsi l'affection scrofuleuse est mal caractérisée à l'extérieur chez les enfants à la mamelle; sa manifestation est plus tardive. La face ne présente que très rarement l'aspect que donnent aux enfants plus âgés le gonflement des glandes du cou, la rougeur et la tuméfaction du bord des paupières, etc.

De l'expression des yeux.

Les yeux de l'enfant s'ouvrent au moment de la naissance, mais ils paraissent insensibles à l'action de la lumière. Ils sont ternes, sans éclat et sans d; la vie ne les anime pas encore; ils se meuvent en tous sens, mais sans

but déterminé. Au bout de deux septénaires, ils suivent le jour, s'accoutument insensiblement aux objets extérieurs qu'ils finissent par reconnaître à l'âge de six semaines ou de deux mois.

Le premier et l'un des plus intéressants caractères de physionomie pathologique fourni par l'examen des yeux, se rapporte à l'état de la pupille pendant le sommeil, la syncope, et après la mort.

Dans le sommeil, où l'œil est protégé contre la lumière, la pupille est fortement contractée ; c'est un phénomène que la théorie ne saurait prévoir, et que les observations de Cuvier, de Dugès, de Mayo et de la plupart des physiologistes, démontrent d'une manière positive; nous avons pu le constater bien des fois. Elle se dilate, au contraire, et reprend ses dimensions normales au moment du réveil, l'œil se trouvant exposé à tout l'éclat du jour.

La dilatation complète, absolue, définitive, s'observe au moment de la mort, et constitue avec la dilatation des autres sphincters, l'un des meilleurs signes de cet événement. C'est ce que j'ai bien établi dans mes recherches sur la distinction de la mort réelle et de la mort apparente (1).

Si l'on excepte quelques affections du cerveau, accompagnées de la paralysie du nerf optique, dans lesquelles on observe la dilatation de la pupille et l'amaurose, l'examen de l'iris ne fournit pas de signes bien importants au diagnostic des maladies des enfants à la mamelle. Les déformations dont la pupille est le siége chez l'adulte, dans certaines affections de nature syphilitique, ne se retrouvent pas chez les jeunes enfants.

Les yeux, et quand on parle ainsi il faut entendre à la fois les paupières et le globe de l'œil, les yeux présentent de notables altérations dans plusieurs des maladies de la première enfance.

Il est inutile d'indiquer les modifications anatomiques dont ces organes deviennent souvent le siége ; ces modifications constituent des maladies purement extérieures, qu'il est impossible de méconnaître et qui se jugent au premier examen.

Dans les affections des méninges et du cerveau, le strabisme et l'abaissement de la paupière supérieure ont une assez grande importance ; ces signes n'ont cependant pas de valeur absolue. Il faut, en même temps, tenir compte de la marche de la maladie et des troubles semblables observés dans les autres parties du système musculaire.

Ainsi, lorsque ces deux signes paraissent chez un enfant malade depuis huit à quinze jours, et qu'en même temps l'on observe des convulsions générales et une hémiplégie, l'existence d'une fièvre cérébrale n'est point douteuse; mais si cette paralysie de la paupière supérieure s'établit d'emblée, au moment d'une convulsion, chez un enfant bien portant, le diagnostic n'est plus le même. Sans pouvoir préciser quelle est la nature de cette

(1) *Traité des signes de la mort et les moyens d'empêcher les enterrements prématurés* (couronné par l'Institut de France). Paris, 1849, in-12.

paralysie, cependant on sait qu'elle est indépendante de l'affection du cerveau.

Dans d'autres circonstances, la paralysie vient lentement; elle s'accompagne d'une grande dilatation de la pupille, et l'œil ne peut se diriger vers le nez; il y a paralysie de la troisième paire : c'est cette paralysie qui détermine l'abaissement de la paupière, l'impossibilité de tourner l'œil en dedans et la dilatation de la pupille. Le nerf optique n'est pas malade, et cependant la vision est presque abolie. La paralysie de l'iris en est la cause.

Æginète (1), Avicenne (2) et Thomas Fieni (3), considéraient les yeux demi-fermés dans le sommeil comme signe de vers chez les enfants bien portants, mais c'est encore là une observation à laquelle je n'accorde aucune importance.

On trouve souvent dans les yeux l'indice de plusieurs autres états morbides de l'enfant. Qui ne connaît, par exemple, la rougeur des yeux, le gonflement des paupières et le larmoiement précurseurs de la rougeole? Qui ne sait apprécier l'aspect brillant des iris, la contraction extrême des pupilles, provoqués par l'ingestion d'une faible dose d'opium? Je ne reviendrai pas ici sur l'état perlé de la conjonctive qu'on a considéré comme caractéristique de l'affection vermineuse; ce fait demande à être vérifié par de nouvelles observations qui en constatent l'exactitude et la constance.

CHAPITRE II.

DU GESTE ET DE L'ATTITUDE.

Tous ceux qui ont étudié la physionomie ont nécessairement dû consacrer un chapitre au développement des signes fournis par les gestes et les attitudes différentes des individus; ces signes ne trompent que bien rarement. La démarche vive et assurée d'un homme qui porte fièrement sa tête, dont la poitrine est large, et dont les membres supérieurs s'agitent avec mesure, en imposent autant que le dur aspect d'un visage dont les traits sont effilés, les lèvres minces et le regard déterminé.

L'attitude trahit souvent celui qui veut rendre sa physionomie impassible; aussi fournit-elle au médecin des signes qu'il ne faut pas négliger. Si ces signes ont, dans l'état physiologique, une grande valeur, leur importance n'est pas moindre dans l'état morbide.

Le malade cherche instinctivement, dans chaque maladie, l'attitude la plus favorable et la moins douloureuse. Quant aux mouvements du corps et aux gestes, comme ils sont arrachés par la souffrance, et soustraits à l'influence

(1) Liv. IV, chap. 57.
(2) Liv. III.
(3) *Semeiotice, sive de signis medicis.*

de la volonté, il en faut tenir compte, car ils peuvent éclairer le médecin dans ses recherches.

On a dit, avec une apparence de raison, que les enfants à la mamelle, esclaves dans les linges et leur maillot, n'étaient pas libres de prendre l'attitude qui leur était convenable, et qu'ils restaient dans la position qu'on voulait bien leur donner. Puis, de là, on a conclu à la nullité des signes fournis par l'attitude des enfants. Autant vaudrait dire que la physionomie n'a pas d'expression chez les peuples qui ont la coutume de se voiler le visage.

Il ne faut pas raisonner ainsi. On étudie l'expression de la face, quand on l'est placé dans la position la plus convenable pour examiner les traits, c'est-à-dire lorsque le visage est découvert. Laissez les enfants en liberté, et vous pourrez apprécier les gestes et l'attitude qui trahissent la souffrance de tel ou tel organe.

Ainsi, lorsque l'on observe un jeune enfant atteint de fièvre cérébrale, au début, pendant la période de *germination*, on l'entend tout à coup jeter les hauts cris ; sa main s'élève, en frappant l'air, ou en tiraillant sur un endroit de ses vêtements ou des linges qui le recouvrent, comme pour enlever un objet qui l'épouvante. Ce geste est caractéristique, et, chez les enfants plus avancés en âge, la parole leur vient en aide, ils appellent leur mère à leur secours contre leurs hallucinations, pour les délivrer de *la bête* qu'ils apercoivent devant eux.

Quelquefois, à ce moment, le corps prend une attitude étrange ; la face exprime la frayeur ; les enfants se lèvent sur leur séant et s'agitent pour fuir l'objet de leur terreur.

A une époque plus avancée de la maladie, dans la période convulsive, les gestes et l'attitude sont différents. Les mouvements sont automatiques : ici, la main égarée sur la couverture *travaille* pour en arracher le duvet ; ailleurs les membres sont agités de mouvements convulsifs généraux, ou sont contracturés. Enfin, chez quelques malades, le corps est dans la prostration la plus profonde ; l'un de ses côtés est frappé de paralysie, et se trouve dans la résolution la plus complète ; l'autre reste seul capable de se mouvoir. Ces gestes sont-ils donc sans valeur, et cette attitude est-elle insignifiante ? Non, car il n'est aucun médecin qui déjà n'en connaisse toute l'importance.

Dans les maladies de la bouche, au moment de la dentition, lorsque la muqueuse buccale est fortement enflammée, ulcérée peut-être, des gestes particuliers viennent indiquer le siége de la souffrance que cause l'évolution des dents. Chez une petite fille âgée de vingt mois, dont le travail de la dentition était difficile, les lèvres étaient écartées par effort, la bouche entr'ouverte, et les quatre doigts de l'une ou de l'autre main étaient incessamment pressés entre les arcades dentaires.

Durant les maladies du larynx, dans le croup, les enfants ne peuvent rester entièrement couchés ; ils suffoquent et poussent des cris jusqu'à ce qu'on les ait placés sur leur séant, appuyés sur des oreillers qui les maintiennent dans

cette position. Ils veulent être incessamment tenus sur les bras, parce que, dans cette attitude verticale, ils trouvent un point d'appui qui facilite leur respiration.

Quand on les observe au moment des crises d'étouffement et des accès de dyspnée, qui déterminent l'asphyxie dans la dernière période de l'affection, on les entend pousser des cris; et quand ils sont couchés, on les voit faire de violents efforts pour se lever. Aussi, dès qu'on leur présente la main, ils la saisissent dans une étreinte convulsive, s'y appuient, se lèvent rapidement debout sur leur lit, en élevant la tête pour saisir l'air qui semble leur échapper.

Chez quelques enfants, ce n'est plus seulement l'attitude qu'il faut considérer ; ce sont les gestes qui sont alors très significatifs. Que de fois, dans ces circonstances, n'a-t-on pas vu leurs mains se porter au cou, et presser latéralement sur le larynx, comme pour enlever l'obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine ! Il n'est pas d'enfant trachéotomisé chez lequel on n'observe de mouvements semblables. Ils ne sont pas le résultat de la douleur causée par la présence de la canule, car ils ne sont pas continuels. Ils n'existent que dans les moments pénibles, où l'obstruction de la canule va déterminer l'asphyxie.

Dans la pneumonie, l'attitude des enfants ne présente rien qui mérite d'être indiqué d'une manière spéciale. Les gestes et les mouvements du corps, au contraire, sont plus significatifs. Nous les avons indiqués en parlant des altérations de la physionomie; ils doivent nous occuper plus loin lorsque nous parlerons des phénomènes extérieurs de la respiration. Nous croyons donc inutile d'en parler en ce moment.

C'est encore par des mouvements particuliers que l'enfant nous exprime, sans le secours de la parole, la souffrance qu'il éprouve dans l'intérieur de l'abdomen. Ces mouvements sont fugitifs; on les rapporte avec raison à la douleur produite par la colique.

En effet, dans le cours d'une légère irritation d'entrailles, la face, ordinairement calme, se contracte quelquefois subitement ; l'enfant pousse des cris, fléchit les cuisses sur le ventre qu'il tend avec effort ; il se tortille un moment, et tous ces accidents se dissipent au bout de quelques secondes, en même temps que reparaît la sérénité habituelle du visage.

L'observation de l'attitude et des gestes présente donc, quoi qu'on en ait pu dire, des caractères assez intéressants pour fixer l'attention du pathologiste ; mais nous ne les avons pas encore tous énumérés. Il est des maladies de l'enfance, dans lesquelles ces caractères forment la base indispensable du diagnostic. Ainsi les gestes involontaires et désordonnés des membres font reconnaître, à n'en pas douter, l'affection connue sous le nom de danse de Saint-Guy.

L'attitude molle, pour ainsi dire, de certains enfants, déjà âgés de quinze à vingt mois, l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de se tenir debout, même quand on leur offre la main pour appui; l'incurvation de la colonne

vertébrale, des jambes et des cuisses; la déformation de la poitrine, sont les seuls caractères d'une maladie assez commune dans la première enfance. Ils signalent le rachitisme. Il est donc important de les connaître.

Nous mentionnerons enfin les diverses attitudes du corps à la suite des rétractions musculaires, dont la nature est peu connue jusqu'à ce jour. Ainsi la déviation de la tête, de la taille, etc., par suite de la rétraction des muscles sterno-mastoïdien et spinaux, sont des maladies que l'inspection seule fait reconnaître. Il serait puéril d'y insister davantage.

CHAPITRE III.

DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'EMBONPOINT.

Le volume des enfants, leur degré d'embonpoint, ne peuvent fournir que des notions générales, bien imparfaites sans doute, mais dont il faut cependant tenir compte. Elles peuvent être insuffisantes quand il s'agit de formuler un diagnostic précis, mais elles peuvent guider le médecin. Ainsi l'on dit : cet enfant ne vient pas bien, parce qu'il est faible, peu volumineux, et qu'à son âge les autres enfants sont beaucoup mieux développés que lui. Souvent la faute en est à la nourrice, trop indifférente, qui se ménage en donnant peu à teter, ou qui donne un lait pauvre et insuffisant. Dans ces cas, changez de nourrice, et l'enfant reprendra des forces et se développera avec une nouvelle vigueur.

Lorsqu'on observe un enfant malade, son état de maigreur ou d'embonpoint produit sur le médecin une certaine impression, qui souvent suffit seule pour indiquer la nature de la maladie, sa forme aiguë ou chronique, et même sa durée approximative. C'est ainsi qu'il pourra quelquefois reconnaître la diarrhée aiguë, la diarrhée chronique, ou le rachitisme.

Dans l'état aigu, l'amaigrissement est rapide; les chairs, ordinairement polies, sont molles et pendantes, mais la peau est encore assez ferme; les rides ne sont pas encore dessinées à sa surface. Dans l'état chronique, au contraire, outre la flaccidité et la mollesse des tissus, la peau paraît avoir perdu son élasticité, elle conserve le pli que la pression des doigts lui imprime, elle est couverte de rides qui se prononcent davantage au moment de la contraction musculaire. La persistance du pli de la peau à la suite de la pression des doigts est surtout marquée dans les maladies de l'abdomen. Elle est assez constante dans l'entéro-colite pour être rangée parmi les symptômes de cette maladie. Dans le rachitisme, la disproportion de la tête et des membres, qui sont relativement plus petits, l'aplatissement latéral de la poitrine, le volume du ventre et le gonflement des grandes articulations suffisent pour établir ce diagnostic.

Il faut donc, dans l'étude des maladies de la première enfance, prendre en

considération le développement et l'embonpoint des sujets. On trouvera là signes qui n'ont pas une grande importance, il est vrai, mais dont la valeur peut être complétement laissée de côté.

CHAPITRE IV.

DU CRI.

Le cri, cette manifestation la plus naturelle de la souffrance, est aussi le p énergique des moyens d'expression de l'enfant, auquel manque la parole. indique d'une manière générale la douleur, dont il spécifie parfois l'origine la source par les diverses modifications qu'il éprouve.

Comme la voix articulée, le cri présente des caractères particuliers facile saisir, mais impossibles à rendre, caractères spéciaux à certaines passions certaines douleurs morales et à certaines souffrances physiques.

La voix trahit l'homme, et révèle la douceur comme l'âpreté de son cara tère, sa franchise comme sa loyauté, les bons comme les mauvais sentime qui animent son âme, le courage aussi bien que la lâcheté, l'amour aussi bi que la colère, etc.

Les jeunes enfants savent aussi manifester leur joie, leur impatience et le colère par des cris que tout le monde sait reconnaître; mais ce n'est pas ceux-là que nous devons nous occuper. Dans l'état de maladie, les cris se motivés et par les douleurs morales, et par les douleurs physiques qui rés tent de l'affection de tel ou tel organe ; tous ces cris sont modifiés par l'âge la constitution des enfants, et quelquefois même par la nature des souffranc qui les provoquent. Nous avons donc à rechercher quels sont les caractèr du cri dans les affections des jeunes enfants.

Ces modifications sont faciles à saisir, et chacun peut les apprécier. Tout fois il est très embarrassant de les traduire en langage vulgaire. En effet, son qui frappe l'air et parvient à nos oreilles nous pénètre et nous impre sionne, sans que nous puissions nous rendre compte des sensations qu'il no fait éprouver. Quoique fugitives et variées, ces sensations sont réelles, et qu quefois bien profondes. On en peut juger par les exemples remarquables bien connus de plusieurs mères qui, dans des circonstances désastreuses, s parées de leur enfant, ont pu le reconnaître, entre mille autres, rien que p ses cris.

Malgré ces difficultés qui rendent l'exposition embarrassante et obscur nous allons examiner les caractères du cri dans les affections des jeunes e fants, et nous chercherons à déterminer si les modifications qu'il subit so vraiment sous l'influence de leurs différents états de souffrance.

Le cri se produit toujours au moment de l'expiration, il dure autant qu'el cesse pendant l'inspiration qui la suit, et reparaît avec une nouvelle expirati ez quelques enfants, l'inspiration est elle-même bruyante; c'est ce q ard a qualifié du nom de reprise. Ainsi donc, il existe dans le cri du

stincts : le cri proprement dit, qui a lieu pendant l'expiration, et la qui se fait entendre, au contraire, durant l'inspiration. Le cri est ordi- ıt plus fort que la reprise. Ils éprouvent l'un et l'autre des modifi- que nous indiquerons plus loin.

ɔment des cris, un phénomène général caractérisé par la turgescence ce, la coloration de cette partie et de toute la surface du corps, par ɣestion générale, semble indiquer la présence d'un obstacle au retour dans le cœur. Les veines du cou et des mains sont toutes gonflées ; les enfants malades, qui ont un érythème ou une fluxion inflamma- ıne partie de la peau, l'auréole de la vaccine, par exemple, ces par- ıment à l'instant une coloration bien plus vive. La congestion cérébrale te chez quelques enfants, au moment des cris, qu'ils tombent affais- pâment pendant quelques secondes. Cet état doit être rapproché de ie.

ris sont souvent accompagnés d'une abondante sécrétion de larmes ; omène n'a pas lieu chez les jeunes enfants. La glande lacrymale ne ne pas encore. Elle ne commence à sécréter que vers le troisième ou ne mois. Alors il est bon de tenir compte de la présence ou de la sup- des larmes ; car les fonctions de la glande lacrymale se suspendent ıfluence des maladies aiguës fort graves. La suppression des larmes ı être alors considérée comme un signe général important dans la pro- es maladies.

ris peuvent être altérés dans leur forme, dans leur timbre et dans rée.

ıltérations relatives à la forme des cris sont indiquées par leur état de ɛ et par leur caractère pénible ou étouffé.

ıiblesse des cris se rencontre surtout chez les jeunes enfants qui vien- ı monde à peine viables, dans un demi-état d'asphyxie, et chez les qui, un peu plus âgés, sont affaiblis par une maladie chronique et sont succomber.

ri étouffé se rencontre principalement dans les affections des organes toires, et en particulier dans la pneumonie bien caractérisée. Alors expiration est accompagnée d'un cri complétement étouffé ; c'est un ement assez fort, plutôt qu'un cri. Cependant il est excessivement rare encontrer dans le cours d'autres maladies ; sa présence doit être prise sidération.

altérations qui portent sur le timbre du cri sont assez importantes : e cri unique, aigu et très fort, venant à des intervalles assez éloignés, apporté par MM. Maunoir, Coindet et par un grand nombre de méde- ux affections cérébrales aiguës. On lui a donné le nom de *cri hydrencé- ue*. Il manque trop souvent pour qu'on puisse lui accorder une grande sémiologique. Voici d'ailleurs un fait qui lui enlève encore une partie importance : c'est qu'il se rencontre également dans le cours d'autres

maladies. Aussi, d'après Andral, Billard et Valleix (1), ce cri aigu se rencontre dans le voisinage des nouveau-nés. Toutefois, il est plus faible et très fréquent ; il se reproduit à chaque mamme. Or, en supposant que les modifications présentées par ces cris soient très évidentes, et par cela même caractéristiques d'un état morbide particulier, il me paraît impossible de les indiquer d'une manière plus précise.

Il n'y a guère qu'une maladie dans laquelle le cri présente des modifications importantes et caractéristiques : je veux parler du croup. Le cri est voilé, l'expiration est rauque, et il y a quelquefois une inspiration bruyante que les auteurs ont comparée au chant d'un jeune coq. A la dernière période de cette maladie, la reprise disparaît ; il ne reste plus que l'expiration rauque et considérablement affaiblie ; l'on peut vraiment dire que la voix est éteinte.

Billard (2) parle d'un cri chevrotant qu'il n'a rencontré que trois fois chez de très jeunes enfants affectés d'une angine œdémateuse. Il soupçonne que cette modification appartient à la maladie dont il parle, mais il n'ose l'affirmer et il dit sagement qu'il faut attendre que de nouvelles observations viennent confirmer ce fait.

La durée du cri des enfants n'indique pas autre chose qu'une douleur très vive, sans aucun rapport avec l'affection de tel ou tel autre organe. Billard croit qu'on observe le cri prolongé dans les maladies du ventre, coliques, iléus, la péritonite, etc. ; mais ces faits n'ont pas été établis d'une manière bien précise, on ne peut se prononcer définitivement sur leur valeur.

Quoique les signes fournis par l'étude du cri des enfants ne nous aient fourni de résultats très positifs, il ne faut pas les négliger. Peut-être verra-t-on plus tard à en tirer meilleur profit. Il faut non-seulement écouter le cri naturel ou spontané, mais si les enfants ne crient pas quand on les observe, on peut les tracasser légèrement pour les obliger à pousser quelques cris qui pourront éclairer le médecin. En un mot, il faut provoquer les cris afin de ne rien négliger dans l'examen des malades. Les signes fournis par le cri provoqué sont d'ailleurs à peu de chose près les mêmes que ceux que fournit la manifestation spontanée de la douleur.

CHAPITRE V.

DES SIGNES EXTÉRIEURS FOURNIS PAR L'EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU VENTRE.

De la bouche.

L'inspection de la bouche fournit au médecin un grand nombre de signes qu'il lui est très important de connaître. Ainsi, sans parler des déformations de cette partie qui changent l'aspect du visage, et dont il a été précédemment

(1) Clinique des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1839, p. 627.
(2) Traité des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1837, p. 63.

ment question, nous trouvons à étudier la coloration, la chaleur et la sécheresse de la muqueuse buccale et de la langue, avec leurs productions accidentelles, la manière dont la succion s'exerce, les produits de sécrétion, l'odeur, etc.

Il suffit de mettre le doigt dans la bouche d'un jeune enfant pour apprécier la plupart des caractères dont nous venons de parler. C'est ainsi qu'on reconnaît la chaleur plus ou moins vive de cette partie, son état de sécheresse, qui n'est jamais très considérable, le gonflement des gencives, leurs aphthes, leurs ulcérations membraneuses, leur gangrène, le nombre des dents déjà sorties, et quelquefois aussi les amas de cryptogames du muguet développés sur la surface de la muqueuse.

La vue vient ensuite donner plus de valeur à ce premier examen ; l'enfant s'agite, crie, ouvre largement la bouche, et l'on peut, en abaissant la langue avec une cuiller, apercevoir la rougeur, les ulcérations et les productions accidentelles de la voûte palatine, des amygdales, du voile du palais et du pharynx. C'est aussi par cette exploration qu'on trouve au frein de la langue l'ulcération caractéristique de la période convulsive de la coqueluche.

En mettant le doigt dans la bouche des jeunes enfants, on peut jusqu'à un certain point apprécier leur vigueur naturelle, et connaître l'état de faiblesse où la maladie les a jetés. Cette opération les trompe toujours ; ils croient prendre le sein, et tettent avec plus ou moins d'avidité le bout du doigt. Les efforts de succion sont très violents chez les enfants bien portants et chez ceux qui n'ont qu'une affection légère. Ils sont très faibles, au contraire, et quelquefois nuls chez ceux dont la constitution est ruinée par une maladie chronique, ou qui ont une affection aiguë très sérieuse.

L'examen de la bouche n'est pas toujours très facile. Les enfants qui sont plus avancés en âge luttent contre le médecin, et serrent les mâchoires avec force. Il faut alors leur serrer le nez, pour les forcer à respirer par la bouche. Ils crient, et l'on peut alors profiter de ce moment pour faire l'exploration dont nous venons de nous occuper.

De la bouche peut sortir une odeur infecte qui vient offenser l'odorat, et qui seule, par sa présence, indique la gangrène d'un point de la cavité buccale, l'une des plus terribles affections de l'enfance.

Nous ne terminerons pas ce qui a rapport à l'examen de la bouche sans parler d'un phénomène qui inquiète quelquefois les parents, et qui n'a cependant aucune gravité. Je veux parler de la sécrétion de la salive. Il en est de cette sécrétion comme de la sécrétion des larmes. Elle n'existe pas durant les premiers mois de la vie ; elle ne s'établit que vers le cinquième ou sixième mois, aux approches de l'évolution dentaire, et probablement sous l'influence de l'excitation causée par ce travail. La sécrétion de la salive est plutôt un fait physiologique qu'un phénomène morbide. Ce liquide ne s'écoule si abondamment à l'extérieur qu'en raison de l'absence des dents destinées à le maintenir enfermé dans la cavité de la bouche.

Du ventre.

Le ventre est la partie la plus volumineuse du corps de l'enfant. Son étendue est très considérable, et paraît être en rapport avec l'activité des fonctions digestives dans le premier âge. Cette disposition est toute naturelle et ne présente rien qui doive nous occuper. Toutefois elle s'exagère beaucoup dans la diarrhée chronique et dans le rachitisme.

Dans l'état de maladie, il est important de savoir si le ventre est tendu et douloureux. L'exploration n'est pas toujours facile, car l'agitation qu'elle détermine provoque des cris et la tension des muscles abdominaux, ce qui empêche d'arriver au résultat que l'on désire. Il faut alors distraire l'enfant, en lui montrant un objet qui l'intéresse. Lorsque son attention est fixée, la main peut comprimer l'abdomen et reconnaître s'il est souple et surtout s'il est douloureux. Les gestes et les cris de l'enfant sont, dans cette circonstance, l'indice de la douleur qu'il éprouve par la pression des mains, car ils cessent avec l'exploration.

La douleur du ventre n'est jamais bien vive chez les enfants ; elle existe néanmoins, mais à un faible degré. On l'observe surtout dans la diarrhée catarrhale et dans l'entéro-colite.

CHAPITRE VI.

EXAMEN DE LA POITRINE ET DE LA RESPIRATION.

L'examen de la poitrine a pour but de connaître les caractères extérieur de la respiration, les diverses variétés de bruits respiratoires, la résonnanc du thorax et les déformations variées dont les parois de cette cavité peuven être le siége.

Je ne devrais m'occuper ici que des signes fournis au diagnostic de certaine maladies de l'enfance, par l'étude des phénomènes extérieurs de la respira tion ; mais pour bien comprendre les troubles survenus dans l'exercice d'un fonction, il faut en avoir étudié le jeu dans l'état physiologique. Or, il e peu de personnes qui aient fait ce travail à l'égard de la respiration des nou veau-nés, et en général on ignore tout ce que cette fonction présente d curieux à cet âge.

Je vais donc parler de la respiration normale des jeunes enfants, et ensuit nous reviendrons sur les caractères extérieurs qu'elle présente dans l'ét pathologique.

Études sur la respiration des enfants à la mamelle.

Les mouvements respiratoires ont pour résultat la révivification d commencent aussitôt après la naissance. La respiration r'

rement ; elle s'opère en vertu d'influences aussi mystérieuses que celles qui entourent la génération dont elle est le complément nécessaire. Elle vient combiner son action à celles du cerveau et du cœur, déjà établies dans le sein de la mère, pour former cette trinité indivisible et absolue, ce trépied vital de Bichat, indispensable base de tout l'organisme.

La respiration ne s'accomplit pas de la même manière à tous les âges ; chez l'enfant qui vient de respirer pour la première fois, comme chez le vieillard qui est près de terminer sa carrière. Le nouveau-né, fort inhabile, respire par instinct, autant de fois qu'il lui est nécessaire, sans régularité comme sans méthode ; il s'interrompt au moindre événement, et se calme avec peine. Il semble essayer ses forces respiratoires avec un tumulte comparable à celui qui règne dans les mouvements de ses bras. Vers l'âge de deux ans, ces mouvements désordonnés cessent ; la respiration se régularise, et ressemble enfin à celle de l'adulte.

La respiration des nouveau-nés et des enfants à la mamelle est donc *irrégulière ;* elle est de plus *incomplète*, le poumon étant à cet âge plus dense et moins perméable à l'air que dans les années subséquentes. Ces modifications extérieures sont accompagnées de modifications semblables dans le timbre des bruits respiratoires découverts par l'auscultation. Il est donc de la plus haute importance, avant d'étudier les maladies du poumon et les troubles de la respiration qui les accompagnent, de connaître exactement les phénomènes de la respiration normale.

Quand on considère le mécanisme de la respiration, on voit qu'il s'opère à l'aide des muscles de la paroi du ventre et à l'aide du diaphragme. L'abdomen s'élève et s'abaisse, par suite de mouvements alternatifs, désignés sous le nom de mouvements respiratoires. La dilatation de la poitrine est faible et s'effectue par les côtes inférieures. C'est le diaphragme qui est la partie active de la respiration. Elle a reçu le nom de *respiration abdominale.*

Dans l'état de santé, les mouvements respiratoires sont différents pendant la veille et pendant le sommeil. Lorsque l'enfant est endormi, sa respiration est paisible, se répète vingt à trente fois par minute ; les mouvements d'inspiration et d'expiration se succèdent régulièrement et sans effort. Pendant la veille, cet aspect est à chaque instant troublé. La respiration était calme, soudain elle devient intermittente, s'accélère, se précipite même ; puis arrive un temps d'arrêt, et tout revient à l'état normal. Ces modifications se répètent mille fois par jour ; elles semblent résulter d'une émotion intérieure agréable, traduite par l'expansion des traits ou par le sourire, ou d'une distraction causée par les objets extérieurs, car l'enfant attentif reste bouche béante, l'haleine suspendue, et il se dédommage bientôt en précipitant sa respiration. Ces modifications se produisent d'une manière encore plus prononcée au moment des cris et des sanglots causés par la souffrance et la colère. Le nombre des inspirations est alors fort variable ; on compte jusqu'à vingt-cinq, trente et même trente-cinq mouvements respiratoires par minute.

L'auscultation démontre encore bien mieux que l'inspection à distance, toutes ces variétés de fréquence, de suspension momentanée, d'irrégularité dans le rhythme de la respiration; seulement elle donne une notion de plus, relative aux bruits que l'air produit en pénétrant le poumon.

De grandes précautions sont nécessaires lorsqu'on veut ausculter la poitrine des jeunes enfants. Il faut explorer pendant l'état de calme et au moment de l'agitation. On laisse l'enfant déshabillé sur les bras de sa mère, et on l'examine à distance; puis on s'approche, et l'on ausculte doucement. Bientôt l'enfant, qui est contrarié, pousse des cris; il faut encore en profiter pour ausculter de nouveau, car les signes sont souvent modifiés dans ces situations différentes. Il y a mille manières de varier l'exploration; celle que j'indique est, je crois la meilleure. On peut encore laisser l'enfant au sein, et ausculter lorsqu'il est dans cette position; mais alors les mouvements respiratoires sont trop faibles l'air ne pénètre qu'incomplétement dans le poumon, et les bruits sont difficiles à saisir. Dans d'autres circonstances, il faut laisser l'enfant à plat ventre sur les genoux de la mère, ou le prendre sur sa main et l'approcher de son oreille.

On dit généralement, et tout le monde répète que la respiration des enfants est puérile, c'est-à-dire que l'inspiration est sonore et bruyante. « Il semble, dit Laennec, que chez les enfants on sente distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur; tandis que, chez l'adulte, on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié, ou que leurs parois plus dures ne peuvent se prêter à une si grande distension. »

Cela peut être exact pour les enfants qui ont atteint l'âge de deux ans, et nous avons pu le constater; mais, chez le nouveau-né et chez l'enfant à la mamelle, il n'en est plus ainsi. La respiration n'est ni sonore ni bruyante; elle s'accompagne d'un bruit peu intense, qui n'a rien de moelleux, qui est analogue au bruit de la respiration dure, et qu'il est impossible de rapporter à la dilatation complète des vésicules aériennes. J'ai mis une extrême attention dans cette étude. Je l'ai répétée chaque jour, et jamais je n'ai rien entendu qui ressemblât à la respiration puérile. Cela s'explique par la difficulté que l'air éprouve à pénétrer facilement dans le poumon, soit à cause de la densité de l'organe, soit à cause de l'étroitesse des vésicules pulmonaires. La densité du poumon diminue avec l'âge; et en même temps le diamètre des vésicules s'accroît, circonstances favorables à la production du bruit puéril.

Il existe un rapport étroit entre la respiration puérile et la résonnance du thorax. Ces deux phénomènes existent ensemble. Si l'un d'eux vient à manquer, l'autre disparaît. Cela se conçoit, puisque la raréfaction du tissu pulmonaire est la cause qui les produit tous les deux.

La poitrine des enfants à la mamelle est donc peu sonore. [illegible] pourra facilement vérifier. Néanmoins la résonnance [illegible] dans l'état normal. Elle est très faible chez les enfants [illegible] int ordinaire à l'enfance. Elle est plus considé[illegible]

avoir d'affection de poitrine, ont le thorax amaigri. Elle est très variable, et se offre des alternatives singulières au même moment, chez le même enfant, sans qu'il y ait du trouble dans sa santé. Ainsi, en percutant longtemps de suite la poitrine, le son obtenu augmente et diminue alternativement d'intensité. Il augmente pendant l'inspiration, et diminue au contraire pendant l'expiration. Ce phénomène est fort curieux; il est très marqué dans les mouvements respiratoires profonds qu'on observe chez les enfants qui s'agitent et versent des larmes. L'explication en est facile : le son est clair dans l'inspiration, c'est-à-dire quand il y a beaucoup d'air dans la poitrine; il est sourd dans l'expiration, quand la presque totalité de l'air en a été chassée.

On doit toujours commencer l'examen direct de la poitrine par l'auscultation, et ne percuter la poitrine qu'après en avoir fini avec ce premier moyen. En effet, la percussion agite beaucoup les enfants, et il serait impossible de les ausculter ensuite avec avantage.

Les parois de la poitrine sont agitées par de grandes vibrations au moment des efforts soit de la voix, soit de la parole, soit des cris. Il est utile de connaître la force normale de ces vibrations, pour juger de leur accroissement dans la pneumonie, de leur diminution et de leur abolition complète dans la pleurésie. Dans cette dernière affection, ce symptôme est l'un des plus évidents qu'on puisse rencontrer.

Il résulte donc de l'étude physiologique de la respiration des enfants à la mamelle : 1° que la respiration n'est pas régulière, et qu'il ne faut pas se méprendre à l'égard des phénomènes de fréquence, d'irrégularité et d'intermittence des mouvements respiratoires, qu'on aurait tort de considérer comme étant toujours la conséquence d'un état pathologique; 2° que la respiration des nouveau-nés et des enfants à la mamelle n'est pas accompagnée du sifflement puéril qui existe chez les enfants plus âgés, et que l'absence de respiration puérile ne doit pas être envisagée comme un état morbide; 3° enfin, que les résultats de la percussion du thorax sont incertains s'ils ne sont pas bien tranchés, puisque, dans l'état normal, la résonnance de la poitrine est obscure.

Tels sont les phénomènes ordinaires de la respiration des jeunes enfants dans l'état physiologique. Il était nécessaire de les indiquer pour l'intelligence de ce qui va suivre. Nous allons maintenant nous occuper des signes importants fournis au diagnostic de certaines maladies de l'enfance par l'étude des phénomènes extérieurs de la respiration.

Des signes extérieurs de la respiration dans l'état pathologique.

C'est le ventre dégagé de ses vêtements qu'il faut surtout examiner à distance, pour connaître la force, la fréquence et le rhythme des mouvements respiratoires chez les enfants à la mamelle, car ils ont tous la respiration *abdominale*.

Cette étude n'est pas seulement utile au diagnostic des maladies de poitrine; elle est encore indispensable à ceux qui veulent connaître sûrement certaines affections du ventre et du cerveau.

Dans les maladies de poitrine, dans la bronchite, dans la pneumonie au début, dans la pleurésie, la respiration est seulement accélérée. Sa fréquence est en rapport avec l'intensité de la phlegmasie; elle ne présente aucun signe spécial à l'une plutôt qu'à l'autre de ces affections.

Dans la pneumonie confirmée, au contraire, la respiration est accompagnée de phénomènes extérieurs, bien importants et bien précieux, qui sont *souvent* l'indice certain de la maladie. Les mouvements respiratoires sont très fréquents, sans efforts considérables des muscles abdominaux et sans agitation des ailes du nez. On compte jusqu'à soixante et quatre-vingts inspirations par minute. Cette accélération extrême de la respiration lui donne une analogie frappante avec celle d'un chien qui vient de courir. On exprime parfaitement bien cet état par le nom de respiration *haletante*.

Ailleurs, la perturbation des mouvements respiratoires est plus grande encore; ces mouvements, moins rapides que dans le cas précédent, sont intervertis par leur rhythme.

La respiration commence par un mouvement actif et brusque d'expiration nasale gémissante et saccadée, suivie d'un effort inspirateur, après lequel se trouve un court moment de repos. Chaque expiration est accompagnée du resserrement latéral de la base du thorax, de l'énorme saillie du ventre et de la dépression sus-claviculaire et sternale. Je donne à l'ensemble de ces phénomènes le nom de respiration *expiratrice*. Que le lecteur veuille faire lui-même un mouvement expiratoire brusque, immédiatement suivi d'une inspiration, il comprendra très bien ce que mes paroles ne sauraient lui exprimer.

Ces troubles extérieurs de la respiration sont en rapport avec certains mouvements de la face et des narines dont nous avons déjà parlé; ils sont indiqués par une plainte étouffée qui s'échappe à chaque expiration et suffit pour appeler l'attention sur ces phénomènes caractéristiques de la pneumonie.

De nouvelles études feront sans doute connaître des signes extérieurs particuliers à d'autres affections de poitrine; mais jusqu'à présent il est impossible de s'arrêter davantage sur ce sujet, sans se perdre au milieu des hypothèses. Je signalerai cependant un caractère, tiré de l'examen de la respiration, qui a une certaine importance dans le diagnostic de la pleurésie, et qui peut faire découvrir son existence. Lorsqu'on observe ce caractère, c'est qu'il y a douleur pleurétique. Alors la respiration est *empêchée*, elle s'arrête tout à coup, et l'on observe dans les muscles de la poitrine un effort subit, presque convulsif, qui paraît être douloureux, autant qu'on en peut juger par les contractions du visage qui l'accompagnent, et par le cri que les enfants laissent échapper au même moment.

Dans quelques affections du ventre, ces signes extérieurs de la respiration peuvent être fort utiles au diagnostic; ainsi, toutes les fois que j'ai observé la

péritonite chez de jeunes enfants, on pouvait juger de la maladie par l'étude de la respiration. Elle était *courte, incomplète et comme saccadée;* elle semblait douloureuse; les mouvements respiratoires, courts, faibles et assez fréquents, se succédaient régulièrement, mais étaient séparés, au bout de huit ou dix inspirations, par une respiration lente et profonde, capable de suppléer à l'insuffisance des respirations précédentes.

Je ne puis affirmer qu'il en doive être toujours ainsi; l'observation seule pourra le démontrer. Chez ces enfants, il est évident qu'il y avait un obstacle apporté à la respiration et aux mouvements respiratoires du ventre, qui ne pouvait s'étendre en liberté. Chaque respiration était courte et faible; elle était insuffisante à l'hématose, car, au bout d'un certain temps, le besoin de respirer l'emportant sur la gêne des mouvements respiratoires, forçait l'enfant à faire une inspiration profonde et complète.

Ces troubles extérieurs de la respiration sont si bien en rapport, d'une part, avec les lésions anatomiques de la péritonite, et, de l'autre, avec la douleur du ventre qui, dans cette maladie, empêche le développement des parois de cette cavité, qu'il nous est impossible de ne pas en faire un signe important pour le diagnostic de cette affection. C'est, au reste, la seule maladie abdominale dans laquelle il existe une modification appréciable des phénomènes respiratoires extérieurs.

Dans les affections aiguës du cerveau, au moment où va paraître la période convulsive, la respiration est *courte, incomplète, intermittente* et *suspirieuse*.

Cette sorte de convulsion intérieure des muscles respiratoires est un signe caractéristique de la méningite aiguë, simple ou tuberculeuse, de l'encéphalite, et, en un mot, de toutes les affections cérébrales aiguës, mais ne présente rien de particulier pour chacune de ces affections.

Dans ces cas, les respirations sont tour à tour lentes ou rapides, faibles ou profondes, régulières ou intermittentes, paisibles ou suspirieuses. L'enfant, qui respirait avec calme, précipite tout à coup ses mouvements respiratoires, et s'arrête pendant huit à dix secondes; puis, il se reprend, et continue ainsi tantôt avec lenteur, s'interrompant de temps à autre pour faire une profonde respiration suspirieuse, tantôt avec vitesse, tout en se reposant quelques secondes à chaque instant.

Comme on le voit, la respiration présente des modifications extérieures, spéciales aux maladies de la poitrine, de la tête et du ventre. Elles sont parfaitement distinctes dans ces trois ordres de maladies.

Il faut donc les étudier, non dans le but de restreindre à ces seuls caractères la connaissance de telle ou telle affection; mais parce qu'il n'est permis au médecin de négliger aucune des connaissances pratiques qui peuvent donner à la science toute la certitude désirable.

Nous allons nous occuper maintenant des déformations de la poitrine. Elles sont peu nombreuses. Il n'en est pas une qu'on n'ait observée chez l'adulte.

Ces déformations sont singulières. Nous avons précédemment indiqué

celle qui est spéciale au rachitisme; il est inutile d'y revenir. Les autres déformations sont la conséquence des maladies aiguës ou chroniques du poumon; elles sont définitives et n'existent ordinairement que d'un seul côté. Je veux parler du rétrécissement ou de la dilatation de la poitrine.

La dilatation accompagne ordinairement la pleurésie aiguë lorsque l'épanchement est considérable. Elle existe du côté malade. Le rétrécissement, au contraire, s'observe longtemps après la guérison de la maladie, et lorsque tout le liquide est absorbé. Ces caractères sémiologiques sont communs à la pleurésie de l'enfance et à la pleurésie des adultes.

La pneumonie chronique et la pneumonie tuberculeuse, les tubercules pulmonaires entraînent aussi le rétrécissement de la poitrine. C'est un fait bien établi par les recherches faites chez les vieillards. Est-il bien démontré dans ces maladies chez l'enfant? On peut en douter. Toutefois j'ai observé à l'hôpital Necker, un petit enfant bien évidemment phthisique avec des excavations dans le poumon droit; il guérit au bout de deux ans (1); je l'ai revu depuis cette époque, et ce côté de la poitrine se trouve être notablement plus étroit que l'autre. Ce fait est, j'en conviens, insuffisant pour établir d'une manière générale l'existence du rétrécissement de la poitrine dans les affections chroniques du poumon, mais il est assez intéressant pour être indiqué.

Outre ces déformations partielles, lentes et *définitives* de la poitrine, il en existe d'autres qui sont générales, mais *passagères*, comme l'affection aiguë qui en est la cause. Aussi, en forçant un peu la valeur des termes, on peut appeler déformation de la poitrine, les changements de forme qu'elle subit sous l'influence de la contraction musculaire de la dyspnée très intense. Dans la pneumonie bien caractérisée, chaque expiration est accompagnée d'un resserrement latéral considérable de la base du thorax, d'une énorme saillie du ventre, et d'une violente dépression du creux sous-claviculaire et sternal. Cette déformation est pathognomonique de la pneumonie des enfants à la mamelle. Je ne devais pas la passer sous silence; elle existe des deux côtés donc elle est générale; de plus elle est passagère, comme la dyspnée qu'elle accompagne.

CHAPITRE VII.

EXAMEN DE LA CIRCULATION.

Il est impossible d'examiner avec soin le cœur des enfants à la mamelle sans provoquer aussitôt une agitation difficile à calmer, et qui augmente la fréquence des battements de cet organe. Cette étude n'est heureusement pas très importante, car les maladies du cœur sont très rares chez les jeunes enfants, et d'autre part on peut apprécier la fréquence de la circu

(1) Les signes d'auscultation avaient disparu; une toux légère indiquait encore l'existence des organes thoraciques.

lation par la vitesse des battements du pouls. Je vais en conséquence procéder à l'étude du pouls, et j'arriverai ainsi à la connaissance de la fièvre et de la réaction fébrile.

De la fréquence du pouls, et de la fièvre chez les enfants à la mamelle.

Nous n'en sommes plus à l'époque où l'on jugeait du siége des maladies par des modifications du pouls que personne ne saurait apprécier aujourd'hui. Les idées de Galien à cet égard sont abandonnées, et les expressions bizarres dont on se servait pour distinguer les nombreuses variétés de pouls ont enfin succombé sous le poids du ridicule jeté sur elles par le théâtre. Un autre système, dont Bordeu fut le promoteur, s'était élevé sur ces ruines, et lorsque ce médecin publia ses recherches, on put croire un instant qu'il suffirait de connaître le pouls capital, nasal, guttural, pectoral, stomacal, intestinal, hépatique, hémorrhoïdaire, etc., le pouls de l'irritation et le pouls de la non-irritation, bien d'autres encore, pour spécifier les états morbides qui correspondent à ces dénominations différentes. Un tel excès de subdivision dans un sujet qui n'est pas divisible à ce point, perdit cette doctrine. Les médecins modernes firent eux-mêmes justice de ces assertions erronées qui, se répandant, ne pouvaient que jeter le discrédit sur la science.

Dès lors, on s'est contenté de palper le pouls pour reconnaître les principales sensations qu'il communique aux doigts, apprécier sa faiblesse ou sa force, son ampleur et sa petitesse, sa régularité, etc., et l'on s'est enfin décidé à spécifier sa fréquence par des chiffres. C'est ce que l'on pouvait faire de mieux. Aujourd'hui on se borne à palper et à compter le pouls chez les adultes.

Chez les enfants à la mamelle, la palpation du pouls est presque impossible. Il faut le compter. On ne peut guère reconnaître ni sa force, ni sa faiblesse, ni son ampleur, ni sa dureté ; l'intermittence est le seul phénomène sur lequel il ne puisse y avoir de doute ; c'est aussi le seul qui présente quelque valeur.

Je vais déterminer d'abord la fréquence du pouls chez les jeunes enfants dans l'état de santé, afin d'avoir un terme de comparaison indispensable, si l'on veut tenir compte de la fréquence des pulsations dans le cours des maladies ; nous parlerons ensuite de quelques-uns des caractères que présente le pouls à cette période de l'existence.

La numération du pouls ne présente guère plus de difficultés chez les enfants à la mamelle que chez les adultes. Les pulsations sont quelquefois difficiles à saisir tant elles sont petites : le moindre mouvement des doigts ou de la main les fait échapper, mais avec un peu de patience on peut toujours arriver à les compter.

Les auteurs qui se sont occupés de ce sujet sont arrivés à des résultats bien différents. Ainsi, Haller fixe le nombre des pulsations d'un enfant à 140 par minute. Sœmmerring donne avec raison des chiffres variés suivant les âges des enfants : les pulsations sont au nombre de 130 ou 140 dans la première année, de 120 dans la seconde, de 110 dans la troisième, etc., et de

80 au moment de la puberté. Le docteur Gorham, qui paraît avoir étudié ce sujet avec soin, a trouvé chez des enfants d'un jour à une semaine pour minimum 95 et pour maximum 160. D'après Valleix (1) les chiffres 76 et 104, sont les nombres extrêmes pris chez des enfants de 2 à 21 jours, et chez des enfants de sept à huit mois le chiffre moyen est 124. C'est Billard (2) qui a trouvé les différences les plus considérables ; sur trente-neuf enfants d'un à dix jours, le terme inférieur 80 et le chiffre extrême 180. S'il n'y a pas eu erreur, ce résultat peut avoir une immense portée, comme nous le verrons plus loin. Les chiffres publiés par M. le professeur Trousseau se rapprochent un peu de ceux de Gorham ; il indique en minimum 96 et en maximum 152 chez des enfants de quinze à trente jours.

De telles différences dans les observations d'hommes également recommandables semblent difficiles à expliquer. Je ne crois pas qu'il y ait erreur de la part de ces médecins, car Haller, Sœmmerring et Billard n'ignoraient pas que, dans la numération du pouls, il faut tenir compte de la fréquence causée par l'émotion intérieure, l'agitation, les mouvements musculaires, l'alimentation ; enfin par tant d'autres circonstances dont nous savons tous apprécier la valeur, et qu'il est inutile d'indiquer ici. Ils savaient tenir compte de ces influences dans leurs observations chez l'adulte ; pourquoi les auraient-ils négligées chez les enfants ? Je crois donc à l'exactitude des chiffres indiqués par ces auteurs suffisamment éclairés pour n'être pas, sans injustice, regardés comme des observateurs superficiels ou inattentifs.

Si ces différences sont réelles, et l'on ne peut en douter, il faut les rapporter à l'âge même des enfants, et croire qu'à cette période de l'existence les pulsations artérielles ne sont pas encore réglées comme elles le seront plus tard. C'est au reste ce qui doit ressortir des faits qu'on va lire.

MM. Jacquemier et Lediberder, dans leurs intéressantes recherches, ont calculé la fréquence des pulsations du cœur chez des fœtus encore dans le sein de leur mère au dernier terme de la grossesse, chez des fœtus au moment de la naissance, et chez des enfants au premier jour de la vie. Sur 51 sujets de la première catégorie, c'est-à-dire sur des fœtus encore dans le sein de leur mère, M. Jacquemier a trouvé de 108 à 160 pulsations par minute, et de 96 à 156 chez des enfants âgés de près de vingt-quatre heures. Ces résultats sont à peu près les mêmes que ceux de Nægelé, dont la moyenne tirée de 600 observations, fixe à 135 le chiffre des battements cardiaques du fœtus.

M. Lediberder n'a pu compter le pouls dans la première minute de la vie que sur six enfants, et il a trouvé de 72 à 94 pulsations. Ce nombre augmenta rapidement après la naissance, sans doute sous l'influence de l'établissement des fonctions. Il s'élevait, à la quatrième minute, au chiffre énorme de 140 et de 208.

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation.*
(2) *Loc. cit.*

Donc les pulsations du cœur, très fréquentes dans le cours de la vie fœtale, diminuent beaucoup au moment de la naissance et se relèvent un peu dans le premier jour de la vie.

Chez les enfants plus avancés en âge, il faut, pour faire la numération du pouls, choisir des sujets bien portants ; il faut les prendre dans un moment de calme, longtemps après l'allaitement, distraire leur attention par la vue d'un objet qui les intéresse, et empêcher ainsi toute accélération momentanée de la circulation. Il faut aussi observer à part les enfants éveillés et les enfants endormis ; enfin, si l'on voulait un tableau entier, il faudrait connaître la fréquence du pouls chez les enfants qui s'agitent, qui toussent et qui pleurent ou crient avec opiniâtreté.

Valleix (1) n'a parlé d'une manière précise que des enfants âgés de deux à vingt et un jours ; et dans la seconde partie de son mémoire, il a très à tort réuni dans une seule classe des enfants de sept mois, et ceux de six ans. Or, quand on veut apprécier l'influence de l'âge sur l'accélération du pouls, il faut procéder différemment et prendre à part, dans autant de catégories particulières, les enfants de six mois, d'un, de deux ans, et ainsi de suite. Il est vrai que Valleix a cru se dispenser de ce travail en prenant la moyenne de l'âge de tous les enfants soumis à son observation et en calculant la moyenne des pulsations du cœur. Mais cette méthode est vicieuse et doit nécessairement conduire à des erreurs. L'auteur dont je parle observait 33 enfants de sept mois à six ans ; il prit la moyenne de l'âge qui fut égale à vingt-deux mois cinq jours, et il obtint pour moyenne des pulsations du cœur le chiffre de 124,20 centièmes de pulsations.

Il est impossible de défigurer davantage les faits. Il est évident que pas un de ces enfants n'avait, au moment de l'observation, vingt-deux mois cinq jours, et qu'aucun d'eux n'a pu avoir 124,20 centièmes de pulsations.

Quant aux résultats relatifs aux pulsations des nouveau-nés, ils diffèrent de tous les résultats connus. Sur treize enfants, Valleix a trouvé les chiffres extrêmes de 76 et 104, et pour moyenne 87 pulsations. Ces résultats sont trop extraordinaires pour être acceptés, et l'erreur qui s'y trouve dépend de la mauvaise méthode employée dans leur recherche.

M. le professeur Trousseau, dans ses études sur le pouls, a pris soin de ranger les enfants par âge et par sexe, afin de réunir en sa faveur toutes les conditions d'exactitude désirable. Sur un grand nombre d'enfants de huit jours à deux mois, il a trouvé les chiffres extrêmes de 96 et de 164, et sur d'autres âgés de deux mois au moins et de vingt et un mois au plus, les chiffres 96 et 160. Les moyennes de ses calculs sont 137 pulsations dans le premier mois et dans le deuxième ; 128 de deux à six mois ; 120 de six mois à un an ; 118 de un an à vingt et un mois.

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. II.

Donc le maximum de la fréquence du pouls se trouve dans le premier mois de la vie, et le minimum dans les derniers mois de l'allaitement.

Le sexe n'a définitivement aucune influence sur l'accélération du pouls qui est, au moment de la naissance, à peu près aussi fréquent chez les filles que chez les garçons. A partir du troisième mois, le pouls prend, relativement au sexe, la teneur qu'il conservera toute la vie, c'est-à-dire qu'il est notablement plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

« Mais, comme le dit M. Trousseau, si l'influence de l'âge est si peu considérable; si celle du sexe l'est un peu davantage, l'influence de l'état de veille et de l'état de sommeil est telle, qu'elle ne doit jamais être perdue de vue par le médecin qui tâte le pouls d'un enfant. Cette influence ne se fait pas seulement sentir chez les enfants déjà un peu intelligents, qui peuvent être influencés par la vue du médecin qui les examine, mais par ceux mêmes qui, âgés de quelques jours, semblent tout à fait étrangers au monde extérieur; ainsi, chez un enfant de huit jours, à demi éveillé, le pouls donnait 140 pulsations, et 128 chez le même enfant parfaitement endormi. Le tableau suivant donnera plus de valeur à ces assertions :

Nombre moyen des pulsations chez 30 *enfants de quinze jours à six mois.*

Éveillés.....	140 pulsations.
Endormis.....	121 —

Nombre moyen des pulsations chez 29 *enfants de six mois à vingt et un mois.*

Éveillés.....	128 pulsations.
Endormis.....	112 —

» La différence est bien plus grande encore lorsque l'enfant a peur, s'agite, crie et lutte contre le médecin qui lui tâte le pouls. Les pulsations, qui pendant le sommeil étaient de 112, peuvent monter jusqu'à 160 et même 180.

» Ces détails étaient nécessaires pour mettre le médecin en garde contre les variations que le pouls peut subir dans l'état sain, par le seul fait de l'agitation de l'enfant. »

Les observations du docteur Gorham et celles plus récentes de Seux, se rapportent presque entièrement aux résultats qu'on vient de lire. Ces médecins ont comme nous rencontré dans leurs études sur le pouls des enfants, des différences individuelles très grandes. Gorham a trouvé les chiffres extrêmes de 96 et 160 avec beaucoup de chiffres intermédiaires. La moyenne a été de 123 chez des enfants d'un jour, et de 128 chez des enfants d'un jour à une semaine. L'influence du sommeil a été aussi fort bien constatée par ce médecin, qui de 158 pulsations les a vues déchoir d'un nombre considérable, arriver seulement à 108 par minute. Seux a observé chez les nouveau-nés

les chiffres extrêmes de 80 à 164, mais les nombres compris entre 120 et 140 sont ceux qu'on rencontre le plus souvent (dans près de la moitié des cas) ; viennent ensuite ceux qui sont compris entre 140 et 160, entre 100 et 120, puis ceux qui sont au-dessus de 160 ; enfin arrivent les nombres qui sont au-dessous de 100.

En résumé, chez les enfants à la mamelle, le pouls présente une fréquence considérable ; il est loin d'être réglé comme il le sera plus tard ; il varie beaucoup suivant les sujets, mais sa vitesse normale peut être estimée à 100 ou 150 pulsations par minute.

Le chiffre moyen de 118 à 120 est celui qu'on rencontre le plus ordinairement. Au-dessus de deux ans, la moyenne varie entre 92 et 100 jusqu'à la septième année.

Voici, d'ailleurs, un tableau qui résume en quelques lignes tous les chiffres extrêmes qu'on peut rencontrer :

	Pulsations par minute.
Dans le sein de la mère	108 à 160
Dans la première minute de la vie	72 à 94
A la quatrième minute de la vie	140 à 208
De huit jours à deux mois	96 à 164
De deux mois à vingt et un mois	96 à 160
De deux ans à cinq ans	92 à 120
De cinq ans à huit ans	84 à 110
De huit ans à douze ans	76 à 104

Le pouls des nouveau-nés est habituellement régulier ; il présente quelquefois des irrégularités nombreuses, alors plusieurs pulsations se succèdent rapidement, et sont suivies de plusieurs autres qui marchent avec lenteur, et ainsi de suite.

Le pouls diminue de fréquence à mesure qu'on s'approche des derniers mois de l'allaitement, mais la décroissance s'opère d'une manière insensible.

Le sexe ne paraît pas avoir une influence bien évidente sur le degré de fréquence des pulsations. Cependant, à la fin de la première année, le pouls est en général plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

La constitution, le plus ou moins de salubrité du lieu d'habitation, l'époque de l'année, n'exercent aucune influence sur la fréquence du pouls.

Le pouls est plus fréquent pendant les premières minutes de la vie ; puis d'un jour à deux mois, on ne peut plus noter de différences qui puissent réellement être attribuées à l'âge.

Les distractions de l'état de veille et l'agitation suffisent pour donner au pouls une notable accélération. Lorsque les enfants sont endormis, l'
diminue de 15 à 20 pulsations.

Les mouvements musculaires rapides et volontaires, l'
culaires intérieurs involontaires qui accompagnent l'
tions morales, etc., communiquent une violente it
de 15 à 30 et même 40 pulsations.

L'alimentation produit le même résultat, mais à un plus faible degré. Cependant l'enfant qui vient de teter a le pouls notablement plus fréquent qu'avant de prendre le sein.

Enfin, d'après les recherches de MM. Knox et William Guy, il paraîtrait que le pouls se ralentit chaque soir aux approches de la nuit, et qu'il reprend sa fréquence accoutumée à la levée du jour. Toutefois si cette assertion est fondée, elle forme un contraste bien évident avec ce que l'on observe dans l'état de maladie. En effet, la plupart des enfants malades présentent souvent plusieurs exacerbations fébriles quotidiennes, et il en est une qui revient toujours vers le soir. Comme on le voit, la nuit a une influence toute différente sur le pouls dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

De la fièvre et de la réaction fébrile chez les enfants.

On a mis beaucoup de soin, jusqu'à ce jour, à déterminer l'influence que l'âge exerce sur la manifestation anatomique des maladies, sur leur marche et sur leurs terminaisons. Ces questions se rattachent à la pathologie spéciale: aucune d'elles n'a été négligée, aucune ne devait l'être.

Il en est d'autres non moins intéressantes à étudier, qui font partie de la pathologie générale des enfants, et dont on ne s'occupe guère. Ainsi, la fièvre et la réaction fébrile n'ont pas été examinées avec beaucoup d'attention, car aucun auteur n'a indiqué toutes les particularités que présentent ces phénomènes, particularités fort importantes à connaître, comme on en pourra juger.

Si les lésions anatomiques des maladies de l'enfance, si leurs symptômes, leur marche et leurs terminaisons diffèrent de la terminaison, de la marche des symptômes et des altérations anatomiques des mêmes maladies de l'adulte, il n'est pas probable que la fièvre, ce phénomène vital, se présente sous la même forme chez l'adulte et chez l'enfant.

J'ai montré, dans le chapitre précédent, les différences qui séparent les chiffres extrêmes présentés par le pouls dans l'état normal. Il est donc impossible que la fréquence du pouls puisse à elle seule avoir une grande valeur dans la détermination de l'état fébrile des enfants. Ce signe serait insuffisant si d'autres phénomènes, tels que l'augmentation de chaleur à la peau, ne venaient lui donner de l'importance.

Comment donc peut-on reconnaître la fièvre chez les enfants? Quelle est sa manifestation?

La fièvre est caractérisée par l'augmentation de la chaleur superficielle et profonde du corps, jointe à l'accélération considérable du pouls et à une agitation nerveuse qu'on désigne sous le nom de malaises.

L'accélération du pouls, à elle seule, à moins cependant d'être excessive, ne saurait avoir aucune valeur sémiologique ; il faut qu'elle soit accompagnée d'un développement assez notable de la chaleur de la peau. La présence des malaises devient caractéristique.

Lorsque la fièvre s'établit chez les enfants, on observe les phénomènes suivants. Le sujet paraît triste et abattu, il devient maussade, pleure facilement et cherche le sommeil; s'il s'endort, et c'est là le cas ordinaire, on le voit mâchonner les lèvres, tourner la tête, agiter les membres qui sautent à chaque instant par petites secousses. Leur sommeil est léger, interrompu au moindre bruit ; ils veulent teter et abandonnent le sein aussitôt après l'avoir pris ; s'ils sont déjà grands, ils ne donnent pas de repos qu'on ne leur ait donné à boire. La bouche est chaude et la langue reste humide; jamais elle ne se charge d'un enduit épais comme chez l'adulte. La température de la peau augmente et s'élève quelquefois d'une manière très considérable. La face se colore, mais, sauf des circonstances individuelles, elle ne présente jamais une rougeur bien vive. En même temps, le pouls s'accélère, il prend autant plus de fréquence que l'enfant s'agite et s'impatiente davantage.

Jusqu'ici les phénomènes de la réaction fébrile, chez les enfants, ne diffèrent pas notablement des mêmes phénomènes observés chez l'adulte. Mais, chez ce dernier, la sueur succède à la fièvre; le frisson la précède quelquefois. En est-il de même chez les enfants? C'est ce que je vais rechercher.

Le frisson ne se montre pas chez les jeunes enfants, jamais on ne les voit trembler comme s'ils éprouvaient un froid intense. Dans leurs fièvres intermittentes même, le frisson n'existe pas. Ainsi j'ai observé le début de l'accès chez plusieurs petits enfants; aucun d'eux n'a éprouvé de tremblement. Cette période de froid, ordinaire chez l'adulte, est remplacée par quelques phénomènes qui indiquent la concentration des forces; elle se traduit au dehors par une pâleur notable du visage, par la décoloration des lèvres et par une teinte bleuâtre très manifeste au-dessous des ongles. C'est là tout ce qu'il est possible de constater; dans un cas, mais c'était chez un enfant âgé de deux ans et demi, le frisson fut comparable à celui de l'adulte. Ce phénomène ne se montre pas dans le cours ou au début des affections inflammatoires; on n'observe rien qui s'en rapproche, pas même les symptômes de concentration dont je viens de parler.

L'absence des frissons chez les enfants est probablement un résultat de l'âge des sujets; quand on étudie comparativement la réaction fébrile chez les enfants de cet âge et dans la seconde enfance ou chez les adultes, c'est une différence importante à indiquer.

La température de la peau s'élève de 1 à 2 ou 3 degrés; il faut l'étudier sur le corps et dans l'aisselle, plutôt que sur les bras et sur les parties qui, exposées à l'air, se refroidissent notablement. La sueur n'est jamais aussi abondante chez les enfants que chez l'adulte; le linge n'en est jamais profondément imbibé, c'est plutôt de la moiteur qu'une abondante perspiration cutanée. Dans les fièvres intermittentes que j'ai eu l'occasion d'observer, ce phénomène a été si peu sensible, qu'il a échappé à l'inquiète attention des mères; il n'en eût pas été de même, si la sueur avait été bien prononcée.

Je viens de caractériser la fièvre en étudiant les phénomènes qui se montrent

pendant un accès, mais ce n'est pas tout ; cette description anatomique ne saurait suffire ; il faut parler de la réaction fébrile, considérée d'une manière générale dans le cours des maladies de la première enfance.

Chez les adultes, lorsqu'une affection aiguë se déclare, la fièvre, sa compagne inséparable, en manifeste la présence ; elle persiste autant que la maladie qui est la cause de son apparition et s'éteint avec elle. Elle existe d'une manière continue, et présente souvent un paroxysme quotidien à l'approche de la nuit. Il y a cependant des maladies dans lesquelles l'existence de cette exacerbation n'est pas bien démontrée.

Chez les enfants à la mamelle, la fièvre qui accompagne les maladies aiguës ne se maintient pas toujours au même degré ; elle tombe pour se relever un peu plus tard ; elle n'offre pas le type franchement continu, car elle présente non plus un seul, mais plusieurs paroxysmes par jour. Aussi, dans le cours de l'entéro-colite et de la pneumonie, il n'est pas rare d'entendre les mères annoncer qu'à deux ou trois reprises de la journée, la peau de l'enfant est devenue brûlante et que pendant ce temps l'agitation a été considérable.

Toutefois les paroxysmes fébriles sont plus rares au début des affections aiguës que pendant leur durée. A cette époque, la fluxion inflammatoire est amortie et les exacerbations deviennent très évidentes.

Ce phénomène est très facile à constater dans les affections chroniques, mais ici il se présente encore une différence importante à signaler. La fièvre passe du type continu avec paroxysmes au type intermittent ; il en est ainsi dans la pneumonie chronique, dans la pleurésie, dans l'entérite chronique, etc. Les enfants paraissent assez calmes le matin, ils n'ont que peu ou point de fièvre, et ils éprouvent au milieu du jour et dans la nuit un accès caractérisé par les phénomènes indiqués précédemment. Ces accidents sont quotidiens, irréguliers, et paraissent tantôt à une heure, tantôt à une autre. On ne peut que les comparer aux accès de la fièvre hectique chez les adultes.

En résumé, la fièvre, chez les enfants, est un état morbide qu'il ne faut pas juger d'après l'accélération du pouls, mais d'après l'augmentation de la chaleur cutanée et d'après l'agitation nerveuse des sujets.

A cet âge, la fièvre n'est jamais précédée de frissons et de tremblement ; la sueur qui la termine est rarement fort abondante.

Le type continu de la fièvre est rare dans les maladies aiguës des jeunes enfants, il y a des rémittences notables et des paroxysmes très marqués.

Dans les maladies chroniques, la fièvre est presque toujours intermittente.

CHAPITRE VIII.

DE LA CALORIFICATION CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Quelques médecins admettent, au nombre des propriétés vitales, *la calorricité*, c'est-à-dire la propriété dont jouissent certains animaux qui développent

du calorique et conservent une température propre indépendante du milieu environnant. Ils pensent que c'est en vertu de cette propriété que l'homme peut lutter avantageusement contre le froid et la chaleur et a le pouvoir de résister à cette grande loi de l'équilibre du calorique qui est celle de tous les corps inanimés.

La caloricité est, en effet, une propriété générale des corps vivants, en vertu de laquelle ils conservent une température propre indépendante de celle du milieu qui les entoure. Cette température est un effet des combustions lentes opérées au sein des organes pour leur nutrition, et l'intensité de cette combustion seule reste sous l'influence de la vie.

L'homme adulte a une température profonde, toujours la même dans l'état de santé, et il résiste facilement à la chaleur et au froid de l'atmosphère. Sa température superficielle seule est modifiée par cette double influence.

Il n'en est pas tout à fait de même des jeunes enfants. Dans les premiers jours de leur vie, la caloricité leur donne bien une température propre à peu près égale à celle qu'ils doivent offrir plus tard, mais ils diffèrent des adultes, sous ce rapport, que leur résistance au froid est infiniment moins marquée et qu'un refroidissement mortel est facile et possible, s'ils ne sont pas suffisamment protégés contre cet accident par une alimentation convenable et par les soins de leur mère ou de leur nourrice.

Outre cette influence de l'âge sur la caloricité et sur la force de résistance au froid, il y a aussi une autre influence, quelquefois considérable, exercée sur cette même propriété par les maladies. C'est du moins ce qui résulte des recherches de Haller, Martine, Hales, Hunter, de MM. Despretz, Becquerel et Breschet, Bouillaud, Donné, Andral et Gavarret, Roger, Mignot, etc. Disons quelques mots de ce qui est spécial aux jeunes enfants.

Il faut distinguer, dans l'étude de leur température animale, ce qui est relatif à la température superficielle du corps, c'est-à-dire à la température cutanée très variable, d'avec ce qui est relatif à la température propre des enfants, c'est-à-dire leur température profonde qui, dans l'état physiologique, reste toujours, à peu de chose près, la même.

Rien n'est mobile comme la température cutanée des enfants. Elle s'élève et s'abaisse sur les parties découvertes autant que s'élève et s'abaisse la température extérieure, et cela d'une manière très différente suivant les diversités de l'*idiosyncrasie* infantile. Il n'y a rien à dire sur ce point qui ne soit bien connu de tout le monde. Ce sont les enfants les plus faibles et les plus délicats qui se refroidissent le plus facilement; quelquefois aussi cette température est modifiée dans l'horripilation de la fièvre et d'une manière locale, dans certains cas de gangrène, toutes circonstances parfaitement indiquées.

Ce qu'il importe surtout de connaître, ce sont les modifications de la température profonde par le fait même de l'âge ou de la maladie. Cette température se mesure à l'aisselle au moyen du thermomètre. Longtemps on a cru pouvoir dire, d'une manière générale, que la température des animaux nou-

veau-nés était moins élevée que celle des adultes. Cela résultait, en effet, de plusieurs observations de Haller, de MM. Villermé et Milne Edwards (1), de M. Despretz; mais cette conclusion est prématurée et il n'y a pas de loi à poser à cet égard. La température propre des enfants, au moment de la naissance, varie autant que la force de constitution des enfants, et ici il n'y a que des individus de nature différente, dont on ne peut faire une addition, car alors autant vaudrait compter ensemble des *sous* et des *louis*, sous prétexte que c'est de la monnaie. — Ici, sur les tableaux de M. Roger, nous voyons des enfants chétifs avoir seulement 32 degrés centigrades; d'autres, 34 degrés; d'autres, 35°,52, ce qui est aussi le chiffre de M. Despretz, puis, 35°,50, 36°, 36°,75, 37°, 37°,75', chiffre supérieur d'un degré à celui que présentait la mère. Il en fut de même aussi dans des observations faites par M. Racle et rapportées par M. Roger (2).

Donc, au moment de la naissance, la température profonde des enfants est variable, en rapport avec l'*idiosyncrasie* infantile. Inférieure à la température normale chez les enfants débiles, égale chez les enfants bien développés, supérieure même, dans quelques cas, à la température normale ultérieure de l'enfant, et même à la température de la mère lors de son accouchement, il n'y a pas de fusion à faire entre ces divers résultats, pas de moyenne mathématique à déduire, et pas de loi à formuler.

Quelques minutes après la naissance, le nouveau-né se refroidit, il perd 2 ou 3 degrés de chaleur; et comme le dit après beaucoup d'autres M. Roger: « Cette réfrigération s'augmentant égalerait peut-être celle des jeunes animaux isolés de leur mère, si la frêle créature manquait des soins multipliés que réclament sa nudité et sa faiblesse. » C'est ce que Edwards a vu sur de jeunes oiseaux de huit jours, tirés de leur nid : au lieu de 40 degrés et plus qui représentent le chiffre de leur température normale, ils n'avaient plus que 35 à 36 degrés; isolés les uns des autres, ils perdirent 17 degrés dans l'espace d'une heure, et restèrent à 2 degrés au-dessus de l'air ambiant.

Dès le lendemain de la naissance, la température animale reprend son niveau physiologique, et elle s'y maintient sauf de légères oscillations, tant que la santé persiste. M. Roger a trouvé pour moyenne normale, sur trente-trois nouveau-nés de un à sept jours, la moyenne de 37°,08', et pour vingt-cinq enfants de quatre mois à quatorze ans, la moyenne de 37°,21'.

Dans l'état de maladie, la caloricité reste quelquefois dans son état normal, mais plus souvent elle se trouve exagérée; alors la température profonde s'élève, ou, au contraire, ce qui est plus rare, elle est diminuée, et la température profonde s'abaisse. — De là une division des maladies en trois groupes : maladies fébriles avec augmentation de température, maladies non fébriles avec température normale, et maladies algides avec abaissement de température.

(1) *Annales d'hygiène publique*. Paris, 1829, t. II, p. 291.
(2) *Archives de médecine*, 4e série, t. IV, p. 117 et suiv.

Je ne veux pas entrer dans les détails des différents chiffres d'augmentation de température observés dans les maladies de l'enfant. Ces résultats n'intéressent que la curiosité des médecins, et, quant à présent, ne prouvent rien de particulier pour chaque affection. Ils démontrent, et c'est là un fait de la plus haute importance en pathologie, ils démontrent l'exactitude de la loi formulée par MM. Bouillaud, Andral et Gavarret, à savoir qu'il n'y a pas de fièvre sans augmentation de la température profonde. C'est là la conclusion de tous les faits d'élévation de température dans les maladies. Chez le nouveau-né comme chez l'adulte, quelles que soient la cause et la nature du mal, variole ou pneumonie, scarlatine ou phlegmon, typhus ou brûlure, l'augmentation de la température existe, non pas parce qu'il y a brûlure, typhus, variole ou pneumonie, mais en raison de la fièvre et parce que l'état fébrile s'est déclaré. Cette augmentation de la température propre apparaît avec la fièvre, grandit et décline avec elle et pour disparaître au même moment, elle ne dépasse guère la limite normale que de 7 degrés, et atteint, au maximum, 42°,50′, exactement comme cela arrive chez l'adulte.

Dans un grand nombre de maladies, la caloricité ne semble pas modifiée, et, nonobstant des désordres graves, mortels même, tant que la fièvre ne survient pas, la température propre du corps des enfants n'est pas changée ; elle reste dans les limites ordinaires ou très voisines du chiffre moyen normal. C'est le cas des maladies chroniques du cerveau, du poumon, de l'intestin, et de la plupart des affections scrofuleuses superficielles ou profondes.

Enfin, il est des maladies de l'enfance qu'on peut appeler *algides*, à cause de l'abaissement considérable que subit la température propre du corps. Dans ces cas, la caloricité est presque anéantie, et les enfants succombent rapidement si on ne les alimente pas artificiellement de manière à les réchauffer. L'une d'elles, le *sclérème*, a été appelée par M. Roger *œdème algide*, et présente ce phénomène au degré le plus marqué. On verra dans le tableau très intéressant publié par cet observateur, la température constamment abaissée au-dessous de la moyenne normale, descendre à 30°, 25°, 23°,50′, et même à 22 degrés centigrades, c'est-à-dire à 15 degrés au-dessous de la température ordinaire.

D'autres fois, ce sont des pneumonies atoniques sans fièvre, des entérites sans aucune réaction fébrile chez des nouveau-nés extrêmement faibles, âgés de quelques jours, ayant souffert de l'alimentation insuffisante, et offrant enfin, avec un notable ralentissement du pouls, un abaissement de température sans aucune trace de sclérème. M. Mignot, qui a rapporté plusieurs faits de ce genre, a montré que, dans ces circonstances, la température pouvait descendre de 8 ou 9 degrés, et arriver à 31°,30′, et même 28 degrés centigrades. Ce sont des cas fort curieux et qu'on ne saurait trop méditer, car ils laissent entrevoir la part immense que la force première et l'impulsion génératrice prennent dans l'exercice de la caloricité et dans la température propre des jeunes enfants.

N'est-ce pas, en effet, l'imperfection [illegible] de l'encéphale et de tout le

système nerveux central ou ganglionnaire qui doit rendre compte du faible développement des nouveau-nés, de l'absence de réaction fébrile, c'est-à-dire du manque de vitalité, de chaleur et de force qu'on observe chez certains d'entre eux? Y a-t-il une autre cause qui puisse expliquer de pareils phénomènes? Assurément non. D'ailleurs, cette réaction fébrile qui manque chez les uns, et qui prouve la faiblesse des impressions morbifiques, n'est-elle pas exagérée chez d'autres placés dans des circonstances opposées, et ne voit-on pas la fièvre exprimer la vivacité de la réaction vitale et l'existence préalable de ces mêmes impressions morbides? Ne sait-on pas, enfin, d'après des expériences récentes sur le système nerveux, qu'on augmente et qu'on abaisse à volonté la chaleur d'une partie en agissant sur le grand sympathique ou sur les nerfs de la vie de relation? En effet, si, comme l'indique M. Claude Bernard (1), on coupe sur un animal le filet du grand sympathique qui unit au cou le ganglion cervical supérieur avec le ganglion inférieur, il en résulte dans tout le côté de la face et dans l'oreille correspondante une élévation de 3, 4 et même 5 degrés centigrades, élévation de température qui, jointe à une congestion sanguine active, dure ainsi pendant plusieurs jours et disparaît. Il en est de même après la piqûre de la moelle à l'origine des nerfs pneumogastriques pour la température du foie et des reins qui est très notablement augmentée. Au contraire, quand on agit sur les nerfs de la vie de relation, et qu'on opère la section des cordons nerveux d'un membre, la température de ce membre est toujours assez notablement abaissée.

C'est donc, en définitive, à l'influence préalable du système nerveux général qu'il faut rapporter l'exercice de la caloricité et la production de la chaleur superficielle et profonde des enfants. Le faible degré de développement ou l'imperfection de ce système amène l'*état algide*, et sa force physiologique ou son exaltation morbide détermine, au contraire, une quantité de chaleur nécessaire à l'entretien de la santé ou l'exagération pathologique qui caractérise la fièvre.

SECTION III.

DE LA MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Un médecin qui s'occupe avec passion de la statistique médicale, M. Bertillon a publié sous ce titre un travail curieux dont les conclusions assez bornées offrent un réel intérêt. Je vais en donner l'analyse. On verra que la mortalité de la première année des enfants n'est pas de moitié, comme on l'a souvent imprimé jusqu'ici, et, de plus, que la mortalité n'étant pas la même

(1) *Cours de médecine du collége de France. Leçons sur la physiologie et la lu système nerveux.* Paris, 1858, t. II, p. 51.

dans les deux sexes, est plus forte d'un cinquième chez les garçons que chez les filles.

Notre confrère s'est proposé d'étudier la mortalité en France et sa distribution suivant les sexes, les âges et les départements. C'est surtout sur les dépouillements de l'état civil de 1840-1849, dus à M. Heuschling, qu'il fonde son travail.

Il ne s'est encore occupé que de la distribution de la mortalité des nouveau-nés dans la première année de leur vie. Voici les résultats auxquels est arrivé :

1° *Distribution selon les départements.* — Dans une période de dix ans, il y a eu en France environ 9 millions 700 mille naissances et 1 million et demi de décès dans la première année d'âge.

Rapportant seulement les rapports des nombres, on trouve pour la France entière que 1000 nouveau-nés vivants sont déjà réduits à 840 *survivants* à l'âge de un an révolu. Autour de cette valeur moyenne se groupent avec une régularité remarquable les valeurs de même ordre de chaque département : la moitié de ces départements est comprise autour de la valeur moyenne dans l'intervalle assez resserré de 860 à 820 survivants à un an; les autres départements ont des valeurs extrêmes.

Ces rapports sont si bien le fait des qualités locales, que non-seulement ils sont le résultat d'une moyenne de dix années, mais ils se retrouvent chaque année avec de faibles oscillations.

La statistique des causes de décès permettra de pénétrer plus avant dans la recherche des causes.

Cependant, si dès aujourd'hui on étudie comment se groupent géographiquement les treize départements qui offrent la mortalité la plus rapide du premier âge, on voit avec étonnement qu'ils sont rangés en un seul groupe autour du département de la Seine, qui lui-même n'en fait pas partie.

Si, pour se mettre en garde contre les causes d'erreur qui viendraient de l'envoi en nourrice, on ajoute aux 13 départements celui de la Seine, on trouve que ce groupe de 14 départements offre encore une moyenne très défavorable à l'enfance, puisque, sur 1000 nouveau-nés vivants, 799 seulement arrivent à un an d'âge, tandis que le reste de la France en a pu élever 852.

Si, au lieu des rapports, on donne en nombre rond les chiffres absolus, on trouve que la circonscription indiquée compte annuellement 173 mille naissances et 35 mille décès de 0 à un an; mais si la mortalité était ici la même que celle du reste de la France, ce même nombre d[illegible]ait lieu qu'à 26 mille décès; c'est donc un excédant d[illegible] annuellement et comme indûment à la mort.

Comment s'expliquer une aggravation si [illegible] fance si régulièrement répartie dans des [illegible] âges de la vie ne sont nullement frappés [illegible]

quelques-uns, au contraire, comme le département de l'Eure, sont remarquables par la vitalité des autres âges?

M. Bertillon ne voit que deux causes qui puissent expliquer ces faits :

1° Le grand nombre d'enfants naturels sur lesquels pèse, on le sait déjà, une mortalité aggravée;

2° L'envoi des enfants en nourrice.

Mais, quelque part que l'on accorde à la première cause, elle ne saurait expliquer qu'un supplément de 3 mille décès environ.

La plus grande part de l'excédant paraît donc devoir être attribuée à l'usage immoral où sont les mères d'abandonner leurs enfants, à un âge si tendre, si faible, à une surveillance étrangère.

Si ce point de vue est vraisemblable, si cet accroissement considérable des décès de la première enfance (plus du tiers) est dû à cet usage pernicieux, combien serait utile un complément d'enquête statistique qui permettrait de prouver aux mères, et surtout aux pères de famille, combien il est faux et dangereux de croire que l'amour et les soins maternels, si nécessaires au nouveau-né, sont marchandise que l'on peut acheter pour un peu d'or! L'œuvre que l'éloquence de J.-J. Rousseau a commencée, la statistique, plus éloquente encore, pourraient la continuer avec une autorité bien autrement imposante.

2° *Distribution selon les sexes.* — Dans la seconde partie de ses recherches, M. Bertillon, après avoir étudié la distribution de la mortalité des nouveau-nés sur le sol français, s'est demandé si à ce premier âge il y avait une différence notable entre la mortalité des sexes.

Les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance paraissent unanimes. M. Barrier enseigne que la différence du sexe n'a pas d'importance chez les enfants, que la plus grande analogie paraît exister entre les maladies des garçons et celles des filles. MM. Barthez et Rilliet, dans leurs généralités, ne jettent pas même un regard sur la différence des sexes. La physiologie elle-même apprend à considérer le nouveau-né comme un être chez lequel l'influence sexuelle est nulle ; les organes spéciaux à peine formés sont une force en puissance, mais en léthargie pour bien des années. Ainsi tant de siècles d'observation, tant d'habiles observateurs sont unanimes.

Sous l'influence de ces autorités, le statisticien doit-il donc s'abstenir et porter ailleurs une investigation qui serait sans fruit sur un point déjà jugé?

M. Bertillon ne le croit pas, car l'observation individuelle ou clinique, particulièrement employée en médecine, ne parvient à saisir que les perturbations assez énergiques pour masquer les différences individuelles, et un nombre considérable d'influences générales lui échappent et ne se découvrent que par l'observation sur les faits groupés.

Nous croyons, dit M. Bertillon, et nous espérons le faire voir de plus en plus par la succession de nos recherches, que les études physiologique et pathologique qui n'ont pour champ d'observation que l'individu isolé son

incomplètes, et que, quelque précieuses qu'elles soient, elles laissent beaucoup à faire à la méthode statistique.

M. Bertillon a recherché par la statistique si le sexe ne révèle pas son influence dès le premier âge, et il a trouvé que 1000 naissances féminines amènent 858 filles à un an d'âge, tandis que 1000 naissances masculines n'y amènent que 828 garçons. Sous une autre forme et en nombre rond, sur 100 enfants de chaque sexe et de 0 à un an d'âge, il succombe annuellement 20 garçons et 16 filles, soit le cinquième des garçons et seulement le sixième des filles! Cette loi est si constante, qu'elle se vérifie et pour la France entière et pour chacun des départements pris isolément, avec de très faibles oscillations.

M. Bertillon l'a encore retrouvée dans tous les États de l'Europe, que les documents statistiques lui ont permis d'étudier : tels la Suède, la Belgique, la Hollande, l'Angleterre, le canton de Genève, la Prusse, la Bavière, le Piémont. Il l'a retrouvée au siècle passé comme au nôtre.

« Quelle que soit la mortalité de la première année de la vie, qu'elle n'enlève qu'un dixième des naissances ou en moissonne près de la moitié, la mortalité des mâles reste constamment plus forte que celle des filles, et dans un rapport qui s'éloigne peu de 5 à 6 décès masculins contre 4 à 5 féminins. » Telle est la loi physiologique qui ressort de ces recherches.

« Comment, s'écrie M. Bertillon, une différence si marquée, si constante, a-t-elle complétement échappé aux plus habiles cliniciens de l'enfance? C'est que l'influence que nous avons signalée, quoique si manifeste par la méthode statistique, est trop faible pour être appréciée par l'observation clinique. »

Aphorismes.

1. Les maladies du nouveau-né se rapprochent de celles de l'adulte par une analogie qui est fondée sur le siége et la dénomination ; mais elles diffèrent profondément par la forme, l'évolution, la réaction et la fin.

2. L'âge exprime la puissance et le degré de la force qui procède de la fécondation, comme le chiffre d'un cadran exprime l'aurore, la plénitude et le déclin du jour.

3. Le nouveau-né, avant d'arriver à une vie indépendante, subit au dehors la suite d'une création dont la première moitié s'est accomplie dans le sein de sa mère.

4. Les nouveau-nés n'ont pas de résistance suffisante contre les impressions du dehors, et le quart d'entre eux succombe avant la fin de la première année.

5. Le nouveau-né apporte avec lui, en puissance, des maladies qui ne doivent éclore qu'au bout de plusieurs semaines, de plusieurs mois et même de plusieurs années. Ce sont les *affections héréditaires*.

6. Les nouveau-nés et les enfants à la mamelle apportent avec eux l'opportunité spéciale nécessaire au développement de quelques maladies, en

particulier du sclérème, de l'ophthalmie, du croup, de l'éclampsie, de la diarrhée, des fièvres éruptives, etc.

7. Les maladies ne sont que des impressions transformées.

8. Dans la première enfance, les lésions matérielles sont moins franchement inflammatoires que dans la seconde enfance, et la suppuration des tissus y est moins commune et de moins bonne nature.

9. La forme sub-aiguë et la forme chronique des maladies sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

10. Dans la première enfance il n'y a point de rapport absolu entre l'intensité des symptômes et la gravité des lésions matérielles.

11. La fièvre la plus vive, avec agitation, cris et mouvements spasmodiques, peut disparaître en vingt-quatre heures sans laisser de traces.

12. Les maladies de l'enfance se traduisent ordinairement, à l'extérieur, par un ensemble de caractères assez significatifs pour être reconnu de tous les médecins.

13. Dans la première enfance, la coloration jaune de la peau, des sclérotiques et de la partie inférieure de la langue, annonce toujours une maladie du foie.

14. La coloration rouge, subite, fugitive et intermittente du visage, accompagnée de fièvre, est un signe d'affection cérébrale aiguë.

15. La cyanose apyrétique indique une maladie du cœur ou la persistance du trou de Botal.

16. La cyanose accompagnée de fièvre et d'anesthésie est le signe de l'asphyxie croupale et bronchique.

17. La décoloration rapide et presque subite du visage et des lèvres, avec excavation profonde des yeux est toujours le signe d'une affection intestinale grave.

18. L'altération des traits par une paralysie successive des paupières, du nez et des muscles du visage, avec ou sans strabisme, indique une affection du cerveau ou seulement du nerf facial.

19. L'altération des traits, par l'énorme disproportion de la face et du crâne, est le signe d'une hydrocéphale chronique.

20. Un jeune enfant atteint de fièvre, qui souffle du nez et qui pousse du ventre, est affecté de pneumonie aiguë.

21. La décrépitude du visage chez les jeunes enfants est le signe d'une affection tuberculeuse pulmonaire et d'une entérite chronique.

22. Le strabisme qui succède à la fièvre est le signe d'une méningo-encéphalite aiguë et sera suivi de convulsions.

23. Le strabisme primitif, chez un enfant bien portant, est une paralysie musculaire simple.

24. La rougeur et le larmoiement des yeux, accompagnés de fièvre, indiquent la germination d'une rougeole.

25. L'enfant qu'effraye ou attire un objet imaginaire, qui veut le fuir ou s'en emparer, est menacé d'une affection cérébrale.

26. Un jeune enfant qui porte sans cesse les mains dans sa bouche a la dentition difficile.

27. Les enfants qui ne peuvent se tenir debout à deux ans, et dont la fontanelle supérieure est ouverte, sont affectés de rachitisme.

28. Un enfant qui a rapidement perdu son embonpoint, et dont les chairs sont molles et pendantes, a eu et peut-être a encore la diarrhée.

29. Le cri faible d'un nouveau-né indique son peu de résistance vitale et sa mort imminente.

30. Un cri prolongé, très fort et intermittent, est ordinairement le signe d'une hydrocéphale.

31. Le cri voilé, rauque, indique la dernière période du croup.

32. Un très gros ventre, fort disproportionné, observé chez un enfant d'un deux ans, indique le rachitisme ou l'entérite chronique.

33. La *respiration expiratrice*, gémissante et saccadée au moment du calme des jeunes enfants, indique une pneumonie aiguë.

34. La respiration brusquement arrêtée à chaque effort par une sorte de spasme convulsif est le signe d'une pleurésie aiguë.

35. La respiration courte, incomplète et douloureuse, mêlée d'une longue inspiration toutes les huit ou dix inspirations, est le signe d'une péritonite aiguë.

36. La respiration courte, incomplète et intermittente, est le signe d'une méningo-encéphalite simple ou granuleuse.

37. La respiration profonde se faisant à de longs intervalles indique le délire (Hippocrate, *Prorrhétiques*, p. 123.)

38. La constriction latérale profonde de la base du thorax à chaque mouvement respiratoire, pendant la fièvre, est un signe de pneumonie aiguë.

39. L'aplatissement latéral permanent du thorax avec un chapelet de nodosités *chondro-costales* est un signe de rachitisme.

40. A aucune époque de la vie, le cœur n'est aussi impressionnable et aussi mobile que dans l'enfance.

41. Les impressions morales précipitent autant les mouvements du cœur que l'état fébrile.

42. La fréquence des mouvements du cœur occasionnée par la fièvre est toujours accompagnée d'une augmentation de la température profonde du corps, et c'est là ce qui la distingue de l'accélération qui est due à une cause morale.

43. La fièvre se manifeste par l'accélération du pouls et l'élévation de la température profonde du corps des enfants.

44. La fièvre présente ou passée laisse toujours sur la langue des enfants un piqueté rouge qui est dû à l'érection des papilles et qui reste comme la dernière trace de ce mouvement organique.

45. Un enfant, triste et abattu, maussade, pleurant facilement, cherchant un endroit pour se reposer et dormir, mordant ses lèvres, dodelinant sa tête, agitant ses membres surpris eux-mêmes par de petites secousses, est un enfant qui a la fièvre.

46. Les frissons sont extrêmement rares chez les enfants à la mamelle.

47. La pâleur et un refroidissement général cutané remplacent le frisson avec tremblement, dans la fièvre des enfants du premier âge.

48. La sueur abondante n'existe pas chez les jeunes enfants; elle est tout au plus remplacée par de la moiteur.

49. La fièvre présente toujours de notables rémittences dans les maladies aiguës des jeunes enfants.

50. Dans les maladies chroniques du premier âge, la fièvre est presque toujours intermittente.

51. Une forte fièvre agit sur la sécrétion de l'urine, diminue sa quantité, concentre ses éléments dans une petite masse d'eau, et la rend bientôt irritante pour les voies excrétoires.

52. Une forte fièvre tarit la sécrétion des larmes.

53. La température profonde du corps, mesurée dans l'aisselle, s'élève de 1 à 3 degrés dans les maladies aiguës fébriles des enfants, sous l'influence exclusive de la fièvre et non pas de chaque maladie en particulier, exactement comme cela s'observe chez l'adulte.

54. La calorification est en rapport avec la force de constitution des nouveau-nés.

55. La calorification entretenue par des aliments et la couvée se perd si facilement chez des nouveau-nés faibles et débiles, que la mort par refroidissement en est la conséquence.

56. La calorification est toujours très amoindrie dans le sclérème ou endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés.

DEUXIÈME PARTIE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE DE LA PREMIÈRE ENFANCE.

LIVRE I.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LA NAISSANCE.

§ I. — Chute du cordon ombilical, sa dessiccation; suppuration de l'ombilic; hémorrhagie ombilicale.

La chute du cordon sépare complétement le nouveau-né de ce qui l'attachait à la vie fœtale.

Elle s'opère plus ou moins rapidement, suivant les sujets, d'après la texture même du cordon, et aussi d'après la constitution particulière des enfants. Ainsi les cordons volumineux, mous et gras, se dessèchent lentement et suppurent souvent à leur base avant de tomber; il y a, au contraire, des cordons minces, petits, qui sèchent de bonne heure, deviennent transparents comme du parchemin, laissent voir les vaisseaux desséchés qu'ils renferment et tombent assez promptement sans suppuration.

Le cordon se flétrit du premier au troisième jour, et la dessiccation qui suit rapidement s'accomplit en vingt-quatre heures, trois, quatre et cinq jours. Celle-ci porte uniquement sur la matière gélatineuse du cordon et s'arrête au niveau du bourrelet cutané. C'est alors que le cordon se sépare avec ou sans suppuration, laissant une cicatrice complète au-dessous de lui.

Ce qu'il y a de plus curieux dans ce phénomène de dessiccation, c'est de le voir si évidemment placé sous la dépendance des phénomènes de la vie. On ne l'observe pas chez les enfants qui meurent en naissant : le cordon, loin de se dessécher et de tomber, se décompose au bout de quelques jours, les vaisseaux restent perméables et peuvent recevoir une injection pénétrante, ainsi que Billard l'a fait connaître. Ce fait est important au point de vue médico-légal, lorsqu'il s'agit de reconnaître si un enfant a vécu un, deux ou trois jours.

Haller et Monro attribuaient la chute du cordon à une sorte de gangrène. Gardien la considérait comme due à la constriction de l'épiderme ; Chaussier, à un travail inflammatoire, et Billard, au tiraillement des muscles abdominaux qui séparent le collet ombilical de la portion desséchée du cordon.

Il est évident qu'il se fait ici un travail complexe, en tout semblable à celui

qui résulte de la torsion des artères; une certaine partie du vaisseau se fl meurt et se sépare des parties vivantes au moyen d'un travail inflamm plus ou moins évident, pour tomber sous l'influence de la moinde tr extérieure.

Ce travail d'élimination se fait ordinairement sans encombre, et donn a un petit suintement, c'est-à-dire à une faible suppuration qui se voit s cordons petits et peu gélatineux, mais dans quelques cas, il est accom d'une suppuration plus abondante, si le cordon est volumineux. Quelq il est traversé par des accidents graves hémorrhagiques ou inflammatoir

§ II. — Hémorrhagie ombilicale ou Omphalorrhagie.

Underwood, Villeneuve, Richard (de Nancy), Burns, P. Dubois, G Grandidier (de Cassel), Thore et Mansley, ont vu l'hémorrhagie se pro par le tubercule ombilical, et la mort en être la conséquence. Ce son cas assez rares et qui méritent de fixer l'attention des médecins. En un exemple dû à M. Mansley.

Observation I. — Un enfant mâle, né à terme, après un travail naturel, portant, et offrant tous les signes de la plus belle santé, fut d'abord atteint, ques jours après sa naissance, de l'*icterus neonatorum*, pour lequel on admi de légers purgatifs. Un matin la mère s'aperçut que les langes de l'enfant ét tachés de sang; le cordon était tombé spontanément, sans violence, le cinq jour. Appelé immédiatement, M. Mansley trouva la circonférence de l'on dans des conditions normales, mais le fond de l'hiatus était occupé par une stance putrilagineuse ressemblant à des débris de tissu cellulaire mélangés du sang; la partie ayant été lavée avec soin, on s'aperçut que des goutte de sang suintaient par une petite ouverture. Celle-ci fut touchée plusieur avec le nitrate d'argent; mais ce fut en vain, l'hémorrhagie n'en continu moins; la réapplication de la pierre infernale, la compression exercée p pouce des heures entières, le cautère actuel, l'usage des poudres styptiques, ne put arrêter l'écoulement. La ligature, à laquelle on songea aussi, dev impossible par suite de la profondeur de l'hiatus. L'enfant, épuisé, succomb bout de quarante-huit heures.

Dans un cas très curieux suivi de mort, rapporté par le docteur All l'hémorrhagie a eu lieu, non pas par le tubercule ombilical, mais par ouverture située au-dessous et communiquant avec l'artère.

Observation II. — L'enfant âgé de neuf jours, était d'une bonne sant cordon ombilical tomba spontanément quatre jours après la naissance, et o soin de continuer l'emploi du petit bandage de corps. Appelé au momen l'hémorrhagie, je crus un instant avoir triomphé de cette hémorrhagie en ployant tour à tour charpie, amadou, couverts de compresses graduées, le soutenu par un bandage de corps. La suspension de l'écoulement sanguin n' toujours que momentanée, je dus essayer la compression latérale avec les d que je continuai pendant une heure, à deux reprises; mais j'avais le chagri voir l'hémorrhagie revenir aussitôt que la compression était suspendue.

Le sang ne venait pas du tubercule ombilical; il sortait en nappe et sans

; du fond d'un hiatus existant au-dessous et un peu à gauche de ce tuber-
Cet hiatus était visiblement contractile ; il se fermait et se dilatait alternati-
nt : d'où suspension et réapparition de l'hémorrhagie.
ı figure et les lèvres étaient d'une pâleur extrême, et je croyais à chaque
nt voir mon petit garçon périr. En désespoir de cause, je dus me déterminer
ıintenir rapprochés deux plis de la peau, l'un inférieur, bien contigu à
ıus, l'autre supérieur, au moyen de deux aiguilles à coudre (n'en ayant pas
res sous la main), et je fis la suture entortillée. A l'instant même l'écoule-
. de sang cessa, mais l'enfant succomba une heure et demie après l'applica-
de la suture et cinq heures après l'accident. Il refusa d'abord faiblement le
de la nourrice, qui bientôt ne put que lui instiller de son lait dans la bouche ;
sa de temps en temps des cris, des gémissements, eut quelques mouve-
ts convulsifs ; la respiration devint plus sonore, plus rare, suspirieuse ; l'en-
était à l'agonie. Je n'omettrai pas de noter que pendant la première heure
accident l'enfant eut deux ou trois selles et urina deux fois.
rente heures après la mort, je pratiquai une incision dans le lieu de l'hiatus
naissait l'hémorrhagie, en suivant la direction de la ligne blanche au côté
he du tubercule ombilical. Là aucune extravasation n'existait. Je pus décou-
assez profondément, détachée et écartée de ce tubercule, une artère, dans
ertuis de laquelle je pus introduire un stylet. Évidemment c'est ce petit vais-
qui a donné lieu à l'hémorrhagie. Sans aucun doute l'opération la plus ra-
nelle et la plus sûre eût été de découvrir incontinent ce petit moignon d'ar-
afin d'en pouvoir faire la ligature. Cependant je me fais cette question : la
pression au moyen de la suture entortillée, faite tout de suite, eût-elle été suf-
ıte, soit pour, en arrêtant l'écoulement de sang au dehors, s'opposer à une
avasation sanguine interne, soit pour que la petite artère s'oblitérât ?

'hémorrhagie a presque toujours lieu après la chute du cordon, au bout
ept, neuf, onze et même treize jours après la naissance. Grandidier en a
nn exemple au cinquante-troisième jour. Le sang coule en bavant d'une
ière intermittente, et nullement par saccades indiquant la nature d'un jet
riel.
Dans quelques cas, cette hémorrhagie a lieu d'une manière traumatique
suite de l'arrachement du cordon ombilical trop court, ou sur lequel on
ercé des tractions trop violentes. Le chapitre suivant contient deux ob-
ations de ce genre.
lle s'est présentée plusieurs fois chez des enfants atteints de *purpura*, et,
se curieuse, deux nouveau-nés, préservés de la mort hémorrhagique par
Jeunin et par le professeur P. Dubois, sont morts ultérieurement avec les
es d'un *purpura* très manifeste. Dans d'autres circonstances, la cause de
morrhagie reste inconnue ; mais il est probable qu'on approcherait quel-
fois de la vérité en l'attribuant à un état de diathèse hémorrhagique ou de
olution scorbutique du sang. En effet, Grandidier rapporte plusieurs cas de
rt par hémorrhagie ombilicale chez des nouveau-nés issus de familles où
nait l'*hémorrhaphilie*. On doit à ce médecin le travail le plus complet qui
été fait sur cette maladie diathésique.
En réunissant à ses observations celles qu'il a empruntées à divers auteurs,

M. Grandidier en a rassemblé 202, d'après lesquelles il a rédigé son travail et d'où il conclut :

« Que l'hémorrhagie débute souvent de nuit sans symptômes préalables. Que dans quelques circonstances il y a des vomissements, des coliques, de la somnolence et surtout de l'ictère, avec constipation ou rejet de matières décolorées argileuses. Qu'il y a quelquefois des pétéchies, des ecchymoses et des hémorrhagies par les muqueuses annonçant un état de dissolution du sang, et que dans ce cas, 32 fois sur 35 la maladie a été mortelle.

» Que sur 135 cas, l'hémorrhagie s'est produite 38 fois avant la chute du cordon, 26 fois en même temps et 71 fois à une époque plus éloignée; et jusqu'au cinquante-sixième jour, la cicatrisation du cordon étant complète.

» Que l'hémorrhagie a lieu du cinquième au neuvième jour.

» Que l'hémorrhagie a lieu en nappe, rarement par un orifice distinct, et que c'est du sang artériel, plus que du sang veineux; que ce sang est incoagulable.

» Que l'hémorrhagie est mortelle dans les 5/6es des cas, et ne s'arrête jamais sans l'intervention de l'art, ce qui n'est pas exact.

» Que sa durée est variable, que la mort peut se produire au bout d'une heure, au bout de trois semaines et alors par anémie ou épuisement.

» Que l'autopsie montre des vices de conformation du foie ou des voies biliaires, la perméabilité des vaisseaux ombilicaux, du trou de Botal, faits ordinaires à tous les nouveau-nés; l'ictère, la phlegmasie des vaisseaux ombilicaux, l'oblitération de la veine porte et de la veine cave, etc.

» Que cette hémorrhagie est souvent consécutive, qu'elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, comme 85 : 40; qu'elle est rarement héréditaire et qu'on l'a vue sur tous les mâles d'une même famille.

» Que cette hémorrhagie s'est souvent montrée chez des femmes ayant eu une grande polydypsie pendant leur grossesse ; ayant fait abus des alcalins. Qu'elle est rare dans les familles atteintes d'hémorrhagie, car elle n'a été notée que 14 fois dans 9 familles, sur 452 sujets hémophiles dans 152 familles. Dans ces cas, si les enfants succombent, c'est à des plaies accidentelles plus qu'à l'omphalorrhagie. »

» Que dans l'hémorrhaphilie le sang est coagulable, et pas dans l'omphalorrhagie; elle est héréditaire, 433 : 452, et dans l'omphalorrhagie : : 19 : 202; enfin 33 enfants ayant guéri de l'hémorrhagie ombilicale, aucun n'a eu plus tard de signes de la diathèse hémorrhagique, donc l'omphalorrhagie est distincte de l'hémorrhaphilie. »

Cette hémorrhagie est très grave, mais je ne partage pas l'opinion de Grandidier qui considère comme voués à une mort certaine tous les enfants qui en sont affectés. Une légère hémorrhagie n'est pas mortelle et s'arrête seule. Si l'hémorrhagie est très abondante, c'est alors qu'elle devient très dangereuse. Une fois on a vu l'hémorrhagie coïncider avec une ichthyose congénitale.

us les moyens employés contre cette hémorrhagie sont inutiles, à l'ex-

ception de la ligature en masse du cordon. Hémostatiques à l'intérieur et à l'extérieur : alun, colophane, glace, cautérisations avec la potasse, le nitrate d'argent ou le fer rouge, tout est superflu, et l'on perdrait, je crois, un temps précieux dans l'emploi de ces diverses substances. La ligature en masse, pratiquée par MM. Jeunin et Bowditch, est le seul moyen qui jusqu'à présent ait réussi. C'est aussi le moyen qu'il faut opposer à l'arrachement du cordon ombilical.

On traverse avec une épingle la base du tubercule ombilical saignant, et on jette au-dessous de l'épingle un fil double qu'on serre de façon à empêcher l'écoulement du sang. On amène ainsi l'oblitération des vaisseaux et la chute d'une portion de la peau attenante au cordon. Une fois l'aiguille tomba au quatrième jour, et chez l'enfant opéré par M. Dubois elle fut enlevée au septième jour, avant la section entière des parties.

Phlegmon des vaisseaux ombilicaux. — Chez d'autres enfants, la chute du cordon ombilical est la cause du *phlegmon des parois abdominales* que je décrirai un peu plus loin; de l'*inflammation des artères hypogastriques*, ainsi que l'ont indiqué Oehm (1), Hodgson (2) et Meynet (3); de l'*inflammation de la veine ombilicale*, décrite par Duplay (4), par Scholler (5). Cette phlébite, que j'ai plusieurs fois observée, remplit la veine de pus qui se porte dans le foie; alors il survient des accidents d'*ictère* de *péritonite*, d'*érysipèle des parois du ventre*, et l'enfant succombe rapidement. Ces accidents s'observent surtout au moment où règne la fièvre puerpérale et ne sont peut-être qu'une forme de la *fièvre puerpérale des nouveau-nés.*

Suppuration et cicatrisation de l'ombilic. — Après la *chute du cordon*, le ventre présente une dépression infundibuliforme, environnée d'un bourrelet plus ou moins prononcé, formé par la peau encore un peu rouge et enflammée. Un petit suintement purulent tache le linge, et la cicatrice n'est parfaite et entière qu'au bout de dix à douze jours. L'ombilic se forme chaque jour davantage. Les vaisseaux ombilicaux se retirent en attirant la cicatrice à l'intérieur, de manière à la déprimer, pendant qu'au dehors l'embonpoint des enfants semble la creuser davantage. On doit maintenir cette cicatrice avec des bandes; car au moment du cri des enfants, l'effort pourrait la rompre, y pousser l'intestin et donner lieu à des hernies ombilicales, comme cela se voit si souvent.

§ III. — Arrachement du cordon ombilical.

De violentes tractions sur le cordon ombilical, faites dans les manœuvres de l'accouchement ou produites par la chute de l'enfant suspendu au placenta,

(1) *De morbis chirurgicis natorum infantum.* Leipsick, 1772.
(2) *Traité des maladies des artères et des veines.* Paris, 1819, t. I, p. 8.
(3) *Thèse inaugurale*, 1857.
(4) Journal l'*Expérience*, 1838.
(5) *Gazette médicale*, 1840.

peuvent déchirer le cordon à son point d'insertion sur la peau de l'abdomen, et il en résulte des hémorrhagies plus ou moins abondantes qui peuvent devenir mortelles. Pareil accident se montre lorsque le cordon est trop court ou n'existe pas, ce qui est très rare, et cependant signalé par le docteur Sclafer (de Sarreguemines), dans le fait suivant :

Observation III. — Une femme âgée de vingt-cinq ans, grande, fortement constituée, primipare, habitant un village à 2 kilomètres de ma résidence, sentit les premières douleurs de l'enfantement le 24 mai dernier, à six heures du matin. La sage-femme reconnut une position du sommet au détroit supérieur. Le col de l'utérus était mince, souple, la dilatation du diamètre d'une pièce d'un franc; la poche des eaux bombait dans les douleurs ; les contractions étaient rares, mais énergiques. A dix heures la dilatation était presque complète, les membranes se rompirent et la tête descendit dans l'excavation. A partir de ce moment, quoique les douleurs fussent toujours très fortes, la tête ne bougea plus. Après trois heures d'attente, la sage-femme, inquiète, me fit chercher. Je touchai la femme; je reconnus une quatrième position de la tête, fronto-cotyloïdienne gauche. La dilatation était complète ; le bassin, bien conformé, était ample, les parties externes très dilatables.

Je fis placer la femme au bord du lit pour mieux suivre le travail et au besoin appliquer le forceps. Trois ou quatre contractions énergiques soutenues par les efforts de la femme n'ayant pas fait avancer la tête, je me décidai à terminer l'accouchement. L'application des fers fut des plus faciles, mais il fallut exercer de fortes tractions pour vaincre une résistance qui cessa tout à coup ; la tête arriva alors sans efforts à la vulve. Je retirai les branches du forceps, et une forte contraction qui eut lieu un instant après fit franchir la tête; la face, d'abord sous l'arcade pubienne, se tourna ensuite vers la cuisse gauche, et le reste du corps suivit immédiatement. L'enfant, du sexe féminin, bien constitué et volumineux, était très pâle et ne donnait aucun signe de vie, quoique à mon arrivée j'eusse encore senti ses mouvements d'une manière très prononcée. Je voulus lier le cordon, je fus très étonné de le voir complétement arraché presque au niveau de l'ombilic ; il était gros, solide ; son extrémité présentait des débris de membranes. J'essayai tous les moyens possibles pour ranimer l'enfant ; il était mort exsangue; le cordon, que je n'avais pas lié, n'avait pas fourni une goutte de sang.

Je remis l'enfant à la sage-femme pour délivrer la mère, qui commençait à perdre beaucoup de sang. N'ayant trouvé aucune trace de cordon à l'extérieur, je portai la main dans la matrice, et j'en retirai avec quelques difficultés un placenta volumineux en partie dépouillé de ses membranes ; j'introduisis de nouveau la main dans la matrice pour la vider entièrement, et je ne la retirai que lorsqu'elle fut tout à fait contractée. J'examinai alors le placenta avec la plus grande attention : il était entier ; mais au centre, où avait eu lieu l'insertion du cordon, existait un trou circulaire de 2 centimètres de diamètre sans aucune trace de membranes. J'approchai de cette ouverture l'extrémité du cordon de l'enfant, et je pus rétablir de la manière la plus évidente les rapports qui avaient existé entre ces parties. Ainsi le cordon avait à peine 10 millimètres de longueur.

Il est probable que ce manque presque total de cordon et la résistance du placenta qui adhérait fortement à la matrice ont empêché l'enfant d'avancer, et que cette résistance, vaincue par le forceps, a occasionné la mort de l'en-

fant par la déchirure complète du cordon, qui, détaché à une aussi courte distance de l'ombilic, a amené une hémorrhagie foudroyante (1).

Observation IV. — Dans quelques cas, c'est la déchirure imprudente du cordon à son point d'insertion qui est la cause de l'hémorrhagie. M. Lorain en a observé un exemple à la Maternité, dans le service de M. Moreau. L'hémorrhagie qui eut lieu à la suite de cet accident, fut arrêtée, comme il est dit dans le paragraphe précédent, par une suture autour de deux épingles croisées à la base du cordon, mais elle avait été si considérable, que l'enfant devenu anémique ne put être ranimé.

Une femme âgée de trente-cinq ans, enceinte pour la première fois, se présente le 4 mars à la maison d'accouchements. Elle habite Paris depuis deux mois ; dénuée de toute ressource, elle a vécu dans une misère extrême. Elle est dans ce moment profondément débilitée, dans un état complet d'anémie. Le 5 mars, à six heures du matin, elle est prise de fortes douleurs : elle quitte son lit, et pendant qu'elle se tient encore debout, elle met au monde un enfant. Le nouveau-né tombe par terre, suspendu au cordon, qui se rompt à la base de l'ombilic. Une hémorrhagie abondante se produit aussitôt. A six heures et demie l'enfant est très pâle, il vient de sortir d'une longue syncope pendant laquelle l'hémorrhagie s'est arrêtée. Il est, du reste, bien conformé et paraît âgé d'environ sept mois.

Le cordon ombilical rompu obliquement offre un lambeau de 8 à 4 millimètres du côté droit ; à gauche, il n'y a plus trace de cordon, et l'on aperçoit au fond de l'ombilic l'artère ombilicale du côté gauche, dont l'orifice reste béant. Cette artère, située assez profondément, est très difficile à saisir. Au moment de l'accident, on avait comprimé l'ombilic avec le doigt d'abord, puis à l'aide d'un tampon ; mais cette compression avait été insuffisante. On passa deux épingles en croix, l'une dans la partie du cordon qui était restée adhérente à l'ombilic, l'autre dans la peau de l'ombilic lui-même et on fit une ligature circulaire. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, mais l'enfant mourut à dix heures du matin, c'est-à-dire moins de quatre heures après sa naissance. La quantité de sang qu'il avait perdu était assez considérable et n'a pu être évaluée même approximativement.

A l'autopsie, pas de traces de lésions dans les organes, décoloration générale dans tous les tissus ; la mort s'explique suffisamment par l'hémorrhagie.

§ IV. — Phlegmon de l'ombilic.

La chute du cordon ombilical est souvent accompagnée ou suivie d'accidents inflammatoires plus ou moins graves, ayant une parenté assez grande avec l'érysipèle, l'artérite et la phlébite ombilicales. C'est un phlegmon circonscrit de l'ombilic avec phlegmasie concomitante du péritoine et des vaisseaux du cordon.

C'est une maladie très commune, déjà signalée par Hippocrate (2), par Ambroise Paré, par Mauriceau, Amilton (d'Édimbourg), Underwood, Gardien,

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

(2) *Œuvres complètes*, trad. E. Littré. *Aphorismes*, 3e section, 24. Paris, 1844, t. IV, p. 497.

Baron, Nægele et la plupart des accoucheurs qui ont écrit sur les maladies du nouveau-né.

M. Delwart (de Bruxelles) l'a observée sur les espèces animales, notamment chez les veaux (1).

Enfin, elle a été l'objet d'un excellent travail de la part de M. Meynet, sous ce titre : *Épidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveau-nés* (2), malheureusement, et ce reproche sera le seul que nous adresserons à l'auteur, le titre est mauvais; car aucun des enfants n'a offert d'érysipèle proprement dit, et tous ont eu un phlegmon circonscrit des parois abdominales autour de l'ombilic.

Causes.

Le phlegmon de l'ombilic se montre à l'état *sporadique* et à l'état *épidémique*. C'est avec ce dernier caractère qu'il a été observé par le docteur Meynet, à la crèche de la Charité de Lyon, en 1856. L'épidémie a eu deux époques :

Première époque : du mois d'avril à la fin de juin 1856 ;

Deuxième époque : du mois de décembre 1856 à février 1857 ;

« Sur 230 enfants reçus à la Maternité du mois d'avril 1856 à la fin de juin, il faut retrancher 17 mort-nés, ce qu'il laisse un chiffre de 213 enfants; sur ce nombre 53 ont été atteints : 14 dans le mois d'avril, 25 dans le mois de mai, 14 dans le mois de juin ; 36 enfants sont morts, 17 ont guéri.

» Dans la seconde époque de l'épidémie, c'est-à-dire du mois de décembre à la fin de janvier, il est né à la Maternité 175 enfants dont 12 mort-nés; restent 163 enfants : sur ce nombre, 36 ont été atteints, on compta 8 morts. Nous verrons à quelle cause il faut attribuer cette différence de mortalité aux deux époques. »

Les causes de cette épidémie sont restées très obscures. Bien qu'on ait pu rapporter son développement à l'influence générale qui provoque les épidémies d'érysipèle phlegmoneux traumatique chez l'adulte, M. Meynet ne croit pas qu'il en ait été ainsi, et cela par les raisons suivantes :

« A l'époque où nous étions chargé du service des nouveau-nés, en même temps que régnait l'épidémie de phlegmon ombilical, les vaccinations n'avaient pas été interrompues; et cependant, sous l'*influence épidémique*, l'érysipèle ne se montrait pas davantage, ni avec plus d'intensité autour des pustules vaccinales, ce qui n'aurait pas manqué de se produire, si la maladie eût été liée exclusivement au traumatisme.

» D'un autre côté, s'il est vrai, comme l'ont démontré Billard et M. Denis, que la chute du cordon puisse avoir lieu souvent sans inflammation, sans ulcération, mais par un phénomène spécial de séparation spontanée, nous serons

(1) *Annales de la Société encyclographique de Bruxelles*, 1839.

(2) *Thèse inaugurale*, 1857.

bien forcés d'admettre que toutes les fois que le phlegmon s'est montré à l'ombilic des nouveau-nés dans ces circonstances, c'est à une autre cause qu'au traumatisme que nous devons nous adresser pour l'expliquer. »

Tout en tenant compte de la ligature du cordon, du défaut de soins de propreté, des pansements faits avec des pommades irritantes et du mauvais régime des enfants, c'est surtout à l'influence puerpérale, à l'encombrement, et à l'allaitement artificiel qu'il faut attribuer le développement de la maladie.

L'influence puerpérale a, comme on le sait, et surtout depuis que je l'ai établi en 1845, une grande influence sur le développement des maladies du nouveau-né et notamment de la péritonite. Il n'est pas surprenant qu'elle ait une action sur le phlegmon ombilical, et le fait signalé par M. Meynet vient à l'appui du fait d'étiologie que j'ai fait connaître. Cet auteur nous apprend, en effet, qu'il y a eu coïncidence entre la suppuration épidémique de l'ombilic et la fièvre puerpérale. C'est une forme de la *fièvre puerpérale du nouveau-né*.

Symptômes.

La maladie a débuté quelques heures après la naissance, ce qui est rare ; le plus souvent du troisième au quatrième jour, quelquefois enfin vers le huitième jour.

L'enfant refuse de prendre le sein ou le biberon, il pousse des cris continuels, le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse excessives; la langue est sèche, rouge à la pointe, recouverte d'un enduit muqueux, quelquefois coïncidence du muguet. Le ventre se ballonne, l'embonpoint fait place à une maigreur extrême, il y a de la diarrhée, mais plus souvent de la *constipation*.

Viennent ensuite les symptômes locaux qui affectent deux formes assez distinctes d'après M. Meynet.

« *Première forme.* — Une inflammation légère de l'ombilic accompagnait la chute du cordon ombilical. Cette inflammation, s'accompagnant d'ulcération à la base du cordon et d'une suppuration plus ou moins abondante, retardait la chute de cet appendice, et surtout la cicatrisation de l'ombilic. Mais bientôt l'état s'aggrava : à cette inflammation légère, succédèrent des symptômes de phlegmasie intense ; on vit survenir à la région ombilicale une rougeur de plus en plus foncée, disparaissant sous le doigt, et formant un cercle autour de l'ombilic ; en même temps une tuméfaction énorme et circonscrite. Le bourrelet cutané qui entoure la base du cordon s'ulcérait consécutivement, ses bords se renversaient en dehors ; l'ulcération gagnait en profondeur et en étendue ; sa surface se recouvrait d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, pultacée, le plus souvent elle sécrétait une sanie purulente, épaisse et fétide.

« A mesure que l'ulcère étendait ses ravages, le cercle rouge s'agrandissait, prenait une teinte lie de vin ; la tuméfaction de plus en plus volumineuse était dure, rénitente ; dans un grand nombre de cas, l'aréole rouge était bordée d'un cercle de petites pustules, plus ou moins confluentes, d'un blanc

sale, de forme arrondie, non ombiliquées, et contenant une sérosité troubl et purulente; au-dessous le derme présentait une petite ulcération ronde e déprimée à son centre. Quelquefois le cercle rouge érysipélateux était sur monté d'une énorme phlyctène remplie d'une sérosité sanguinolente; le phlyctènes, en se rompant, laissaient à nu le derme qui ne tardait pas à êtr envahi par l'ulcération.

» *Deuxième forme.* — Dans cette deuxième forme la maladie avait un marche toute différente, soit que le cordon fût encore frais et mou, soit qu'i fût desséché ou même tout à fait tombé; c'était par l'ulcération qu'elle débu tait. Cette ulcération, bornée d'abord à la base du cordon, envahissait, d centre à la circonférence, la peau du bourrelet ombilical; elle occupait tout l fond de la cavité infundibuliforme comprise entre le double anneau cutan signalé par M. Denis; puis elle se propageait irrégulièrement en différen sens; tantôt, détruisant les adhérences de la peau avec les enveloppes d cordon, elle se prolongeait le long des vaisseaux ombilicaux à une assez grand hauteur, transformant toute leur surface extérieure en un vaste foyer de suppu ration, recouvert comme par un étui par la membrane d'enveloppe desséchée tantôt, au contraire, franchissant l'anneau cutané extérieur, elle envahissait paroi abdominale dans une grande étendue. Sa forme était toujours anfra tueuse et irrégulière, ses bords quelquefois largement décollés; le plus so vent aussi, sa surface était blafarde, d'un gris violacé, exhalant une odeur d gangrène, ou bien recouverte d'une fausse membrane épaisse et molle, tr adhérente, analogue à la pourriture d'hôpital; dans ces cas, le cercle rou était moins circonscrit, sa couleur était livide, la tuméfaction moins prononcé l'éruption pustuleuse manquait souvent. »

Marche. — Durée. — Terminaisons.

« La durée du phlegmon ombilical épidémique a varié entre trente-six heure et trois jours. Quand il se prolongeait au delà de quatre jours, il avait presqu toujours une terminaison favorable.

» La maladie s'est terminée par la mort dans plus de la moitié des ca Lorsque la guérison devait avoir lieu, elle était lente à se produire; l'ulcératio se bornait, elle se dépouillait de sa fausse membrane par un travail d'élimina tion lente et graduelle; les bourgeons charnus qui la remplaçaient apparai saient par places, sécrétaient un pus verdâtre, épais, de bonne nature; l cicatrice s'opérait de la circonférence au centre, la rougeur et la tuméfactio se dissipaient peu à peu; en même temps les symptômes généraux s'amen daient. »

Pronostic.

« Le pronostic du phlegmon ombilical est très grave, et il est plus fâcheu forme ulcéreuse au début que dans l'autre forme. »

Anatomie pathologique.

« Dix-huit autopsies ont été pratiquées par M. Meynet. Chez tous les cadavres, la putréfaction était rapide; vingt-quatre heures après la mort, les parois abdominales offraient une teinte verdâtre; l'épiderme était soulevé, comme macéré, la rougeur foncée de l'érysipèle était transformée en une coloration noirâtre; le ventre était affaissé. Au-dessous de la peau, le tissu cellulaire péri-ombilical était épaissi, induré, plus dense, plus friable. Cette induration était due à l'infiltration dans les mailles de ce tissu, tantôt d'une matière amorphe plastique, tantôt d'une sérosité épaisse et trouble, quelquefois mêlée de pus. Nous n'avons jamais trouvé de pus rassemblé en foyer, ce qui s'accorde avec le résultat des autopsies pratiquées par MM. Trousseau et Bouchut. L'épaississement et l'induration étaient d'autant plus considérables qu'on se rapprochait davantage de l'anneau ombilical. A ce niveau, le péritoine présentait quelquefois une rougeur assez circonscrite, due à une arborisation vasculaire. Deux fois seulement nous avons trouvé une péritonite générale et bien caractérisée, il y avait en même temps phlébite de la veine ombilicale. Dix fois il y a eu péritonite partielle limitée à la région ombilicale. Trois fois, dans ces cas, nous avons trouvé l'inflammation des parois artérielles avec production de pus, dans l'intérieur des artères ombilicales. »

Traitement.

Au début du phlegmon, les bains, les cataplasmes, les onctions simples d'axonge ou avec l'onguent mercuriel, les fomentations émollientes ou astringentes avec le tannin peuvent être employées, mais ces moyens sont peu efficaces. Il en est de même de la solution de perchlorure de fer étendue d'eau, des pommades au nitrate d'argent, des vésicatoires sur l'ombilic et de la solution de perchlorure de fer à l'intérieur employés par M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Aussi, après avoir mis tous ces moyens en usage, y compris la cautérisation avec le fer rouge, ce chirurgien a imaginé les cautérisations avec la pâte de chlorure de zinc, qui lui ont parfaitement réussi. Voici d'après M. Meynet, la manière de les pratiquer : « Une seule application a suffi dans le plus grand nombre des cas ; rarement on a été obligé d'y revenir une seconde fois. La pâte caustique étendue sur l'ulcère, concentrait pour ainsi dire l'inflammation, et avait pour premier résultat de la fixer au point cautérisé, en second lieu, elle modifiait la nature de cette inflammation, lui enlevait ses caractères spécifiques, si toutefois nous pouvons nous servir de cette expression, et la réduisait à une inflammation simple et franche. Après la chute de l'eschare, on pansait deux fois par jour la plaie avec du coton imbibé de perchlorure de fer, étendu de la moitié de son poids d'eau. En même temps, on employait des fomentations sur le ventre avec l'huile de

jusquiame tiède ; on combattait la constipation au moyen de quelques cuillerées de sirop de chicorée composé ou de légers lavements laxatifs ; s'il y avait de la diarrhée, on administrait des quarts de lavements amidonnés et laudanisés. »

Prophylaxie.

Le résultat du traitement curatif par les applications de chlorure de zinc a conduit M. Valette à l'employer comme moyen prophylactique, et il lui a semblé que c'était là un procédé avantageux à mettre en pratique. Cette opinion repose sur un certain nombre de faits importants.

D'abord M. Valette voulut qu'au moment de la naissance le cordon ombilical fût lié avec une compresse imbibée d'une solution de chlorure de zinc, 1 gramme sur 100 grammes d'eau. La maladie n'en fut nullement influencée. Alors M. Valette changea de manuel opératoire, et, ayant choisi 42 enfants, sur 21 on fit la ligature avec un fil simple, sur les 21 autres on fit la ligature avec un fil enduit de pâte de chlorure de zinc. On avait la précaution de faire des mouchetures au cordon, afin que le canquoin pût agir sur les vaisseaux eux-mêmes.

Sur ces 21 enfants, un seul fut atteint de la maladie. Sur les 21 autres, 14 furent atteints plus ou moins gravement, un seul succomba malgré la cautérisation avec la pâte de canquoin. Si de nouvelles observations viennent confirmer ces premiers résultats encore trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer une conclusion positive, ce sera un heureux procédé à introduire dans la pratique.

§ V. — Artérite ombilicale.

L'artérite ombilicale est un accident qu'on observe quelquefois après la chute du cordon ombilical. Les faits en sont rares : M. Notta (1), qui a donné la meilleure description de cet état organique, déjà étudié par Oehm et Hodgson, en a rapporté cinq exemples recueillis sur le cadavre ; j'en ai vu un pour mon compte, dont l'existence a été reconnue pendant la vie de l'enfant ; M. Meynet en a signalé trois autres, et c'est d'après ce petit nombre de faits que je vais exposer l'histoire de cette maladie.

L'artérite ombilicale est le résultat du travail inflammatoire plus ou moins prononcé qui accompagne, favorise et détermine la chute du cordon. Seulement, ce travail inflammatoire d'élimination ordinairement borné aux couches superficielles de la peau, et à l'extrémité des vaisseaux artériels et veineux de l'ombilic, s'étend quelquefois plus loin, lorsque des tractions intempestives, volontaires ou accidentelles, et lorsque la malpropreté viennent à lui donner une plus grande activité.

(1) *Mémoires sur l'oblitération des artères ombilicales et sur l'artérite ombilicale* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1855, t. XIX, p. 1 et suiv.).

Dans l'état physiologique, le cordon se dessèche graduellement, et à l'endroit de son insertion sur l'ombilic, on observe un peu de gonflement, un petit cercle rougeâtre d'élimination, une hypertrophie des tissus subjacents et des parois artérielles ou veineuses des vaisseaux de l'ombilic. Ce travail est presque toujours accompagné d'un suintement à peine purulent, et dans quelques cas, d'une véritable suppuration. Les artères ombilicales, d'après M. Notta, sont toujours affectées; leurs parois sont gonflées de manière à obstruer le calibre du vaisseau dans l'étendue de quelques millimètres, et ce n'est que dans l'état pathologique que l'altération s'étend à 2 et 3 centimètres de longueur.

Les lésions matérielles qui caractérisent l'artérite ombilicale sont: le gonflement des deux artères, au voisinage de l'ombilic, dans une étendue de plusieurs centimètres, atteignant quelquefois l'artère hypogastrique, d'après Hogdson; la rougeur arborisée de leur tunique extérieure; la teinte blanche ou rosée et l'infiltration des parois dans la partie gonflée par de la lymphe plastique et du pus; l'état lisse, rugueux ou piqueté de la tunique interne; la destruction possible de cette membrane et de la membrane moyenne détruites par une suppuration abondante maintenue en foyer au moyen de la tunique celluleuse; enfin l'obstruction des artères ombilicales sur les limites de la phlegmasie, et bien avant la réunion aux artères hypogastriques, par le gonflement des tuniques ou par un petit caillot adhérent, exactement comme on voit dans la phlébite un caillot séparer les parties malades des parties saines. Dans un cas observé par M. Notta, le pus réuni au confluent des deux artères ombilicales, avait détruit les parois contiguës et accolées de ces artères, avait formé un foyer à parois minces, ouvert à l'ombilic par un pertuis très étroit et n'était plus séparé de la cavité péritonéale que par cette membrane elle-même. Trois fois M. Meynet a rencontré du pus dans les artères ombilicales, sur un trajet de 1 à 2 centimètres, et le reste du vaisseau était rempli d'un coagulum fibrineux, épais, plus ou moins résistant.

Le péritoine ordinairement injecté au niveau des artères ombilicales malades, ne l'est pas sur les autres points de sa surface; il renferme de la sérosité, mais point de fausses membranes, et jusqu'ici ne paraît pas accompagner l'artérite ombilicale, comme il accompagne, au contraire, la phlébite de ce nom.

Cette artérite, chose singulière, existe assez souvent indépendante de la phlébite, mais ces deux lésions existent quelquefois simultanément.

L'artérite ombilicale est quelquefois compliquée d'érysipèle, comme on le verra dans l'observation ci-jointe. Elle ne produit pas l'infection purulente comme la phlébite, ou du moins, dans les autopsies qui ont été faites, on n'a jamais trouvé dans les viscères ou dans les muscles, ces abcès métastatiques, qui sont la preuve de l'altération du sang par le pus.

Ce qu'il y a de curieux à remarquer dans ces lésions matérielles de l'artérite ombilicale, c'est cette suppuration franche qui n'existe pas dans les autres

artérites de l'enfant et de l'adulte, et M. Notta, qui a signalé le fait, l'attribue à une vascularité particulière et probable de la tunique moyenne de ces artères, vascularité qui serait spéciale au jeune âge, et dont il n'a cependant pas pu établir la présence à l'aide du microscope. Il eût mieux valu, selon moi, indiquer simplement le phénomène, et le rapporter à la vitalité particulière de ces artères au moment de la naissance ou à la spécificité de leur réaction morbide, que de chercher une explication anatomique basée sur un fait microscopique absolument faux. Tant pis pour les théories qui ne veulent de suppuration que là où il y a des capillaires, elles sont insuffisantes et ont besoin d'être réformées; mais elle ne méritent pas d'être perpétuées, s'il faut de pareils arguments pour les soutenir.

L'artérite ombilicale est fort difficile à distinguer pendant la vie, et il y a des cas où elle doit échapper à l'attention des médecins, quelle que soit leur habitude des malades. Elle se développe pendant ou après le travail de séparation du cordon ombilical. A cet instant de la vie, la rougeur de l'ombilic, la suppuration de la cicatrice, sont les symptômes constants, mais non pas caractéristiques de cette maladie; car la suppuration de l'ombilic existe très souvent sans artérite ombilicale. Toutefois, une suppuration prolongée, avec cette circonstance que la pression sous-ombilicale la fait apparaître plus abondante, jointe à un état général grave, semble indiquer l'existence de la maladie. C'est du moins par ces phénomènes que j'en ai fait le diagnostic dans le seul exemple que j'ai observé, et les recherches ultérieures me fourniront sans doute l'occasion de vérifier ce que j'avance.

L'artérite ombilicale est quelquefois compliquée de phlébite ombilicale lorsqu'il y a phlegmasie de toute la masse du cordon ; ailleurs, ainsi qu'on va le voir par une de mes observations, elle provoque et la péritonite et l'érysipèle, mais jusqu'ici elle ne paraît pas avoir déterminé l'infection purulente.

Observation V. — *Artérite ombilicale. — Érysipèle ambulant. — Mort.* — Un garçon de neuf jours, petit, maigre, chétif, malade depuis trois jours, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, après la chute du cordon ombilical, avec une plaie au niveau de la cicatrice, et les bords de la plaie rouges, légèrement tuméfiés. — La suppuration de la cicatrice ombilicale était augmentée par la pression au-dessus de l'ombilic comme s'il y avait un petit foyer intra-abdominal. Depuis trois jours une rougeur douloureuse de la peau couvre le corps et successivement le dos et les membres inférieurs ; au moment de l'entrée, cette rougeur, encore très apparente et caractéristique de l'érysipèle, disparaissait par la pression du doigt et revenait aussitôt sur la même partie.

L'enfant était fort abattu, le pouls très fréquent et à peine saisissable au doigt; sa langue sèche, et il vomissait toutes les boissons ; il mourut au bout de vingt-quatre heures.

La nécropsie montra les deux artères ombilicales dilatées dans une étendue de 2 centimètres et demi, remplies de pus, et fermées du côté de l'hypogastrique par un petit caillot très grêle adhérent de toutes parts. Les parois sont très amincies dans la partie malade ; on n'y reconnaît plus la tunique interne et mne. La tunique celluleuse seule est conservée et remplie de vaisseaux aires injectés.

La veine ombilicale est saine ; le péritoine ne renferme pas de pus, et les viscères paraissent dans leur état normal.

Dans cette observation d'érysipèle, ayant la chute du cordon et l'artérite ombilicale pour point de départ, le fait important, c'est la suppuration de la cicatrice ombilicale augmentée par la pression hypogastrique. Cette circonstance me fit supposer, avec toute réserve, une artérite ombilicale, hypothèse qui fut vérifiée par l'autopsie du malade. Ce signe se retrouvera-t-il dans d'autres cas analognes ? On ne saurait l'affirmer, et à cet égard il faut attendre de nouvelles observations. Voici les faits publiés par M. Notta :

Observation VI.—*Enfant né à terme, mort trois jours après sa naissance.*— Le cordon ombilical est noir, aplati, desséché ; au niveau de son point d'implantation à l'ombilic, il y a un peu de suppuration ; les artères ombilicales ont leurs parois en contact, mais cependant il est facile d'y introduire un stylet par l'hypogastrique ; on n'y trouve pas de traces de caillot ; la membrane interne est lisse au niveau de l'anneau ombilical et dans l'étendue de 5 ou 6 millimètres ; en arrière les artères sont dures, tuméfiées, leur volume est au moins triple de ce qu'il est dans le reste de leur trajet. Dans ce point le stylet est arrêté tout d'abord, mais en poussant avec force, il ressort à la surface de l'ombilic, sans chasser au-devant de lui aucune trace de caillot. En incisant l'artère dans ce point, on trouve la membrane interne lisse, mais l'épaisseur des parois est considérable (1 millimètre au moins), et paraît due à un dépôt de lymphe plastique épanchée entre les mailles de leur tissu, dont la coloration rose tranche avec celle du reste du vaisseau, qui est d'un blanc nacré.

Observation VII. — *Enfant à terme âgé de six jours.*— Le cordon est détaché de l'abdomen, la peau de l'ombilic n'est pas rouge ; au centre de la dépression ombilicale, sont quelques lamelles de pus desséché, au-dessous desquelles on trouve une surface jaunâtre, purulente ; le péritoine renferme une cuillerée à bouche de sérosité roussâtre ; sur la surface de la vessie et sur le trajet des artères ombilicales il y a une injection marquée. Ces artères sont très tuméfiées (elles ont chacune le volume d'une plume d'oie), dans les deux tiers de leur trajet à partir de l'ombilic ; dans le dernier tiers, jusqu'à l'hypogastrique, elles ont leur volume normal, et l'on peut y introduire un stylet par l'hypogastrique. Ce stylet se trouve bientôt arrêté pour chaque artère, dans le point où elle commence à se dilater, par un petit caillot rougeâtre de 2 millimètres de long, adhérent, dans toute sa hauteur, à la membrane interne. Les artères, incisées dans leur portion dilatée, laissent écouler du pus. Un stylet pénètre par l'ombilic dans leur cavité. A la portion moyenne leurs parois sont très amincies, réduites seulement à la tunique externe, qui est elle-même ramollie. Plus près de l'ombilic les trois tuniques sont conservées et épaissies, leur surface interne est rugueuse, dépolie, présente un piqueté rouge dans quelques points.

La veine ombilicale revenue sur elle-même est encore très perméable ; un stylet ressort sans rencontrer d'obstacles par l'ombilic ; cependant un caillot qui remplit son calibre sans y adhérer, empêche le pus de pénétrer dans son intérieur. Le foie est noirâtre, gorgé de sang ; pas d'abcès ; hépatisation rouge du lobe inférieur de chaque poumon.

Observation VIII.— *Artérite ombilicale chez un enfant mâle né à huit mois, et mort six jours après sa naissance.* — L'enfant est grêle et chétif ; l'abdomen

n'offre rien de particulier. Le cordon ombilical est noir, sec, aplati, encore fortement adhérent. Le fond de la dépression ombilicale présente une surface jaunâtre, un peu sèche, et a sa circonférence on remarque une auréole rosée, ayant 4 ou 5 millimètres de large. En ouvrant l'abdomen, il s'écoule une fort cuillerée à bouche de sérosité citrine, transparente. Il n'y a pas de fausses membranes, et le péritoine viscéral n'est ni rouge, ni injecté. Les deux artères ombilicales sont souillées sous le péritoine, sont blanches et parfaitement saines, dans la plus grande partie de leur trajet. Mais, dans l'étendue de 1 centimètre et demi à partir du point où elles pénètrent dans l'ombilic, elles offrent un volume quatre fois plus considérable. Cette partie tuméfiée est dure, le tissu cellulaire qui l'entoure est rouge, injecté. En fendant ces artères, on voit que cette augmentation de volume est due à une lame de pus jaune, bien lié, situé entre la cellulaire et la membrane interne, et ne communiquant pas dans la cavité du vaisseau, dont la membrane interne est lisse, ramollie sans arborisation, jaunâtre pour une des deux artères, tandis que l'autre est d'un rouge brique. Dans cette partie la cavité des deux artères est libre et vient s'ouvrir à l'ombilic. Immédiatement au-dessous du renflement inflammatoire qui vient d'être décrit, on trouve, dans une étendue de 1 centimètre, un caillot très grêle adhérent aux parois. La veine ombilicale ne renferme pas de pus et ne contient pas de rougeur, elle renferme un caillot mais non adhérent. Le foie est noirâtre, gorgé de sang. Les poumons ne présentent rien de particulier. (Musée Dupuytren, Maladies du système circulatoire, pièce n° 116.)

Observation IX. — *Artérite ombilicale chez un enfant mâle né à terme, mort onze jours après sa naissance.* — Enfant grêle, chétif. Le cordon est tombé. Il y a un peu de sang noir, desséché autour du nombril, et au centre un peu de suppuration ; l'abdomen étant ouvert, on trouve la veine ombilicale à l'état normal. Les artères ombilicales, dans une longueur de 2 centimètres, à partir de l'anneau, ont un volume quatre fois plus considérable que dans le reste de leur étendue. Le péritoine qui renferme la portion tuméfiée, est un peu injecté ; cependant, après l'avoir détaché, on voit qu'il a conservé sa transparence. En incisant les artères, on trouve leurs parois tuméfiées, épaissies, très injectées, un peu ramollies ; leur membrane interne n'est plus lisse. Dans leur cavité est du pus en libre communication avec l'extérieur, la limite inférieure de ces foyers purulents est constituée par un petit caillot de la grosseur d'une épingle ordinaire et de 3 millimètres de longueur, adhérent à la paroi interne des artères dans leur intérieur, et en pénétrant par l'hypogastrique, on peut y introduire un stylet fin. Le péritoine ne contient pas de sérosité, ni de pseudo-membranes. Le foie et les poumons sont sains. (Musée Dupuytren, Maladies du système circulatoire, n° 118.)

Observation X. — *Artérite ombilicale chez un enfant à terme mort le neuvième jour.* — L'enfant est bien conformé, non amaigri, le cordon est tombé. Au centre de l'ombilic est une petite plaie froncée, grisâtre, de 4 ou 5 millimètres de diamètre ; autour la peau est saine, sans rougeur. L'abdomen étant ouvert, on voit des artères ombilicales converger l'une vers l'autre, et se réunir en un seul cordon à 1 centimètre de l'anneau ombilical. A leur partie moyenne elles présentent un renflement fusiforme ayant 1 centimètre et demi de long, et plus du double de volume du vaisseau. Ce renflement est dur, sa surface externe est rouge, plus vascularisée. Un stylet fin pénètre facilement, par la plaie ombilicale, dans le canal formé par la réunion des deux artères ombilicales, et de là, dans chacune des deux artères ; mais il est arrêté au niveau de la partie moyenne du renflement fusiforme, dont nous avons parlé. Un stylet introduit par les hypogastri-

ques. pénètre facilement par les artères ombilicales, mais il est arrêté au niveau de l'extrémité inférieure des renflements fusiformes. Après avoir fendu les artères ombilicales, on constate qu'au niveau de la moitié inférieure des renflements fusiformes, elles sont oblitérées par un caillot de près de 1 centimètre de long et adhérent à la circonférence des tuniques artérielles ; au-dessus de ce caillot, elles sont pleines d'un pus jaunâtre, bien lié, leur face interne est moins lisse, moins polie, mais non vascularisée. Les tuniques interne et moyenne de l'artère ombilicale gauche sont complétement détruites dans la moitié supérieure du renflement fusiforme, la celluleuse seule est intacte. Ces renflements fusiformes sont produits par la collection purulente et par l'épaississement des parois, qui paraît dû à un épanchement de lymphe plastique. Quant au canal commun, résultant de l'adossement des deux artères ombilicales et de la destruction partielle de leurs parois, il présente une surface grisâtre, semblable à celle de la petite plaie ombilicale, avec laquelle il communique. La veine ombilicale est perméable, elle ne renferme pas de pus ni de caillots. Les poumons sont sains, le foie n'offre rien de particulier. Il n'y a pas de trace de péritonite. (Musée Dupuytren, Maladies du système circulatoire, pièce n° 117.)

Observation XI. — *Artérite ombilicale chez un enfant né à terme, mort vingt et un jours après sa naissance.* — Sujet bien développé, le cordon est tombé, le pourtour de l'ombilic présente une auréole rosée, au centre est un peu de pus concret, formant un petit orifice qui permet à une collection purulente, située au-dessous du péritoine, de communiquer avec l'intérieur. L'abdomen étant ouvert, on trouve au niveau de l'ombilic le péritoine soulevé par une saillie irrégulièrement quadrilatérale, d'un centimètre de large sur 3 centimètres de long. Le péritoine qui le recouvre est un peu injecté et grisâtre ; cependant dans plusieurs points on distingue des taches blanchâtres formées par le pus situé au-dessus de lui. Il y a imminence de perforation. En comprimant cette tumeur on fait sortir le pus au dehors de l'ombilic. En l'incisant on tombe dans une cavité pleine de pus jaunâtre, bien lié, formé par la destruction des artères ombilicales, dans une longueur d'un centimètre au moins. Aux deux angles inférieurs de cette cavité viennent aboutir les artères ombilicales qui, quelques millimètres auparavant, augmentent un peu de volume et prennent une teinte grisâtre. Dans le reste de leur trajet, jusqu'à l'hypogastrique, elles sont saines et ont leur volume normal. Par l'artère hypogastrique on peut y introduire un stylet fin, mais il est fortement serré par les parois, qui, revenues sur elles-mêmes, empêchent le sang d'y aborder. En les fendant on trouve dans l'une d'elles un petit caillot fibrineux, rougeâtre, adhérent, ayant 1 centimètre et demi de longueur, commençant dans le point où l'artère s'abouche dans la cavité purulente, et finissant à 2 centimètres de l'hypogastrique. Dans l'autre artère, le caillot n'a que quelques millimètres de longueur.

L'extrémité de la veine ombilicale est détruite, et dans le point où elle vient aboutir à l'angle supérieur de la collection purulente que nous avons décrite, ses parois sont accolées l'une à l'autre, de sorte qu'il est impossible d'y faire refluer du pus. Dans le reste de son trajet elle n'est pas oblitérée. Il n'y a pas de péritonite générale. La vessie est saine, l'ouraque est oblitéré. Le foie et les poumons sont sains. (Musée Dupuytren, Maladies du système circulatoire, n° 119.)

§ VI. — Exfoliation de l'épiderme.

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, il se fait constamment à la peau des nouveau-nés un travail de desquamation épidermique, qui a reçu

le nom d'exfoliation de l'épiderme, et qui a été très bien étudié par Chaussier, Capuron, Orfila et Billard.

Les avortons ne présentent pas ce phénomène aux premiers temps de la naissance; chez eux l'exfoliation de l'épiderme ne se montre que lorsqu'ils ont acquis un certain âge.

Ce travail, qui commence quelquefois au premier ou au second jour de la vie, est généralement en pleine activité du troisième au cinquième jour. L'épiderme se dessèche, se fendille et perd de son adhérence, puis il tombe par lamelles plus ou moins considérables. Dans quelques circonstances l'exfoliation est à peine sensible. Elle dure de dix à douze jours, et se prolonge jusqu'à trente, quarante jours, et même deux mois. Elle est plus lente et plus marquée chez les enfants qu'une affection chronique prématurée a jetés rapidement dans le marasme.

A mesure que les lames épidermiques tombent, un nouvel épiderme se forme d'une manière insensible. La peau est rouge, fort irritable, et elle s'enflamme avec la plus grande facilité. Billard a vu un enfant chez lequel l'épiderme du scrotum était complétement enlevé, et chez lequel aussi l'urine, irritant le derme, provoqua l'apparition d'un érysipèle très intense. L'épiderme se reproduit promptement dans les endroits exposés au contact de l'air, mais il est plus lent à paraître dans les parties cachées, aux aisselles, au cou, dans l'aine et dans les plis de la peau. On supplée à sa présence protectrice par du lycopode et d'autres poudres absorbantes qui tarissent l'humidité de ces parties et défendent la peau contre les irritants extérieurs.

LIVRE II.

DES MALADIES DE LA TÊTE ET DU SYSTÈME NERVEUX.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ACÉPHALIE.

La tête et la partie supérieure du cou manquent en même temps que le cerveau et la moelle allongée chez quelques enfants. Dans ces cas la grossesse est rarement simple, elle est toujours gémellaire au moins, et c'est l'un des fœtus qui a nui au développement de l'autre.

Les acéphales présentent en outre des vices de conformation dans les organes respiratoires et circulatoires qui manquent ou sont plus ou moins profondément modifiés. Ils ne peuvent vivre indépendants de la mère et meurent dès que, par la ligature du cordon ombilical, cette communication est interrompue.

CHAPITRE II.

DE L'ANENCÉPHALIE.

céphalie consiste dans l'absence d'une partie du cerveau avec ou sans le la cavité crânienne.

me la plus ordinaire de ce vice de conformation est caractérisée, illard, par l'absence du crâne et du cerveau. « La partie supérieure est ouverte; les os frontaux manquent ou sont mutilés, les pariétaux peine des traces de leur existence. Une masse cérébrale informe, e de membranes rouges et saignantes, est située sur la base du , ordinairement, se trouve beaucoup plus près des épaules que dans ırel; la saillie considérable des arcades orbitaires et des yeux, la asée de la face qui présente quelque analogie d'aspect avec la tête de animaux immondes auxquels le vulgaire se plaît à comparer ces tel est l'ensemble des traits ordinaires de l'anencéphale, chez lequel uve, le plus souvent, que la moelle allongée et quelquefois le cerve- débris des couches optiques et des corps striés... Chez d'autres, il rité des os du crâne, qui ne sont que déformés, mais à l'intérieur il e atrophie du cerveau ou l'absence des lobes intérieurs, ou une che liquide ayant pour base les corps striés, les couches optiques et t... Presque tous les anencéphales, bien que venant avant terme, este gras et bien constitués. Ils vivent, pour la plupart, un ou plu- ırs, et prouvent par là qu'il suffit de la moelle épinière et de la moelle pour entretenir la vie pendant l'évolution fœtale et quelque temps ırès la naissance. »

CHAPITRE III.

DE L'ENCÉPHALOCÈLE OU HERNIE DU CERVEAU.

phalocèle, ou hernie du cerveau, est une tumeur formée par le pas- ne portion de cerveau ou de cervelet à travers une ouverture de la nienne. C'est un vice de conformation du même genre que l'*anencé-* eulement il est moins considérable. Il coïncide souvent avec le *spina-* le bec-de-lièvre.

ıore les causes de l'encéphalocèle. C'est une maladie caractérisée par eur ordinairement unique, peu volumineuse, molle, élastique, trans- arrondie ou bosselée, sans changement de couleur à la peau, étroite ine et comme pédiculée. Elle existe très ordinairement à l'occiput, front, à la fontanelle antérieure, à la fontanelle postérieure, à la ambdoïde, à l'angle interne de l'œil et à la région temporale. On y les battements isochrones à ceux du pouls, et un mouvement d'expan-

sion alternatif en rapport avec la respiration. Les cris et les efforts la font rougir et augmenter de volume. L'enfant n'éprouve rien tant qu'on ne touche pas à cette tumeur ; il vomit, s'endort ou se convulse quand on la comprime un peu fortement. Elle est quelquefois réductible, et à sa base on sent un cercle osseux qui est formé par le bord de l'ouverture crânienne par laquelle s'échappe le cerveau. Elle reste longtemps stationnaire, mais elle finit par s'accroître notablement, ce qui entrave le développement des facultés intellectuelles et prédispose à la méningite ou à l'inflammation du cerveau. On a vu cette tumeur s'ouvrir spontanément par suite de la gangrène de ses parois, d'où une méningite et la mort.

Dans quelques cas l'encéphalocèle n'a aucun des caractères précédemment indiqués ; elle forme une tumeur molle, non pédiculée, sans transparence ni mouvement d'expansion, et la pression ne provoque pas de mouvements convulsifs chez l'enfant. Le diagnostic est alors d'une difficulté extrême. J'ai vu M. Guersant se tromper, et traverser d'un séton une de ces tumeurs placée à l'angle interne de l'orbite, et considérée comme une tumeur érectile. Pareille erreur a été commise par M. Paul Dubois sur un enfant de deux jours, portant à la racine du nez une petite tumeur conoïde, molle, rougeâtre et peu douloureuse à la pression. Pensant avoir à traiter une tumeur érectile, M. P. Dubois déposa du vaccin dans son épaisseur au moyen de lancettes, car on sait que la vaccination est un excellent moyen curatif des petites tumeurs érectiles. L'enfant dépérit, tombait en convulsions lorsqu'on lui pressait la tumeur, et il succomba. La nécropsie montra un écartement des os du nez à travers lequel s'échappait une petite portion de substance cérébrale recouverte de ses enveloppes, la pie-mère, le double feuillet arachnoïdien et la dure-mère. Une certaine quantité de sérosité était infiltrée dans ces membranes.

En voici un curieux exemple publié par le docteur J. Laurence.

Observation. — Madame W..., de Guildford, accoucha, le 3 avril 1857, d'une petite fille qui portait une tumeur à la partie postérieure de la tête : la grossesse n'avait rien présenté de remarquable ; les douleurs avaient duré près d'une semaine, et s'étaient considérablement accrues durant les deux derniers jours et les deux dernières nuits. Les eaux avaient été très abondantes.

Le 19 juillet, l'enfant présentait l'état suivant. De la partie postérieure de la tête pendait une large tumeur un peu pédiculée, prenant naissance des régions de l'occiput, de la nuque et entre les épaules. Elle mesurait, d'avant en arrière, huit pouces ; dans sa plus grande circonférence transversale, un pied et six pouces, dans sa plus grande circonférence longitudinale, un pied et six pouces. Lors de la naissance, la tumeur n'avait guère que la moitié de ces dimensions. La forme générale de la tumeur est conique, avec quelques bosselures à sa surface. La peau qui la recouvre est pareille à celle du reste de la tête, sauf qu'elle offre quelques dilatations veineuses. La tumeur est fluctuante et la fluctuation se sent dans toutes ses parties : elle est semi-transparente, comme une hydrocèle, et cela dans toute son étendue, ce qui semble indiquer qu'elle ne renferme pas de parties solides. Il est à remarquer que la base de la tumeur, surtout à gauche, était couverte de cheveux foncés, longs et soyeux.

L'enfant était maigre et chétif: le crâne était un peu petit en largeur et en hauteur, mais assez bien conformé; le front était un peu saillant, la fontanelle antérieure était à sa place normale. L'enfant semblait intelligent, il souriait et regardait les objets. Pupilles normales, vision parfaite, mais strabisme convergent, surtout à droite. Les membres n'étaient ni paralysés, ni contractés.

Le 17 août, l'enfant était engraissé; mais il souffrait un peu d'un dérangement intestinal. La tumeur fut ponctionnée à son sommet, là où la peau était le plus tendue, et n'offrait ni dilatations veineuses ni cheveux. Il en sortit, dans l'espace de dix minutes, deux quarts au moins d'un liquide jaune-paille, à réaction alcaline et très albumineux. Il ne s'écoula pas une goutte de sang et l'enfant ne manifesta pas le moindre signe de douleur; quand ce liquide fut sorti, la tumeur tomba en une espèce de sac qui semblait vide.

Une semaine après, il n'y avait aucun signe de méningite, mais le sac contenait de nouveau du liquide; on sentait alors une petite tumeur solide dans l'épaisseur du pédicule : l'auteur pense que c'était le cervelet (1).

La plupart des enfants atteints d'encéphalocèle meurent ordinairement dans la première enfance. Quelques sujets vont au delà, et vivent jusqu'à vingt-cinq et trente-trois ans, comme Lallemant et Guyenot en ont vu des exemples; mais ce sont là des exceptions très rares.

La hernie du cerveau, chez un sujet âgé, peut être prise pour une loupe ou un kyste sébacé du crâne, et chez un enfant pour un céphalématome ou une tumeur érectile, ainsi que cela s'est vu quelquefois de la part de chirurgiens fort distingués. En effet, le diagnostic de l'encéphalocèle est quelquefois fort difficile; cependant la mollesse, la demi-transparence, la réductibilité, les pulsations isochrones à celles du pouls, l'expansion qui coïncide avec les mouvements respiratoires, serviront à établir l'existence de cette lésion.

Le pronostic de l'encéphalocèle est fort grave, et dépend du volume de la tumeur et de sa structure, selon qu'elle est ou n'est pas recouverte par la peau. La mort est la terminaison la plus ordinaire de cette maladie.

Chez les sujets qui succombent on trouve les lésions suivantes : Une tumeur qui se trouve généralement à l'occipital, recouverte ou non par la peau; dans ce cas elle l'est par la dure-mère, mais cela est très rare. La peau est très rouge, mince, pourvue de cheveux à sa circonférence et non au sommet; au-dessous de la peau se trouvent le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose épicrânienne, puis le péricrâne, et enfin la dure-mère tapissée par l'arachnoïde.

Dans la poche est renfermée une partie du cerveau ou du cervelet, ou même le cervelet tout entier. La substance nerveuse est plus ou moins altérée et rétrécie au niveau de l'ouverture du crâne, où elle est un peu étranglée. Elle renferme quelquefois de la sérosité dans son intérieur, si la portion herniée tient à un ventricule latéral. Ailleurs elle est couverte par le sérum dans des proportions variables qui atteignent jusqu'à près de 500 grammes.

Enfin, une ouverture osseuse ou fibreuse, plus ou moins large, établit la

(1) *The Lancet*, septembre 1857.

communication entre le sac de l'encéphalocèle et la boîte crânienne. Elle présente rien de particulier.

Traitement.

Il est impossible de compter sur la guérison radicale de l'encéphalocè Cependant il faut essayer, dans les limites d'une sage prudence, les moye que la chirurgie met à la disposition du médecin.

Si l'on peut réduire la tumeur sans inconvénient pour l'enfant, il faut faire rentrer dans le crâne et la maintenir au moyen d'une plaque de plo ou de cuir bouilli maintenue par des bandes. Si la réduction complète impossible, il faut encore essayer la compression palliative qui arrête l'a croissement de la tumeur, la maintient dans un assez petit volume, et perm encore le développement et l'usage des différentes fonctions. Alors la co pression se fait au moyen de bandes et de plaques concaves appliquées s l'encéphalocèle.

Quelques médecins ont essayé d'enlever la tumeur au moyen de la *ligatu* seule ou de la ligature suivie d'excision. Tous les enfants ainsi traités so morts de méningite à la suite de l'opération.

L'*incision* a été plusieurs fois pratiquée, soit librement, pour vider le quide de l'encéphalocèle, quand la tumeur trop tendue menaçait de se rompr soit par suite d'une erreur de diagnostic. Quelques enfants ont guéri; m pourquoi une incision, s'il ne s'agit que d'évacuer du liquide? Ne vaut-il p mieux simplement recourir à une fine ponction, ou à une ponction sou cutanée?

Ainsi ont fait plusieurs médecins, Adams entre autres. Quand la tumeur e dure, tendue, que la peau est près de se déchirer, la ponction et la compre sion consécutive constituent la meilleure méthode thérapeutique de l'enc phalocèle. Une ponction doit être faite aux parois de la tumeur avec u aiguille à coudre, et cette ponction suffit à l'écoulement du sérum. Adam ainsi retiré 15 grammes d'un coup dans une encéphalocèle. Si le liquide reproduit au bout de quelques jours, on lui donne issue de nouveau par même procédé, et l'on recommence sept ou huit fois l'opération, tant qu'il paraît nécessaire. En combinant cette méthode à la compression méthodiq on empêche la rupture du sac et l'accroissement de la hernie cérébrale; peau se raffermit et les enfants se trouvent placés dans les conditions les pl favorables à leur guérison, ou du moins à l'entretien de leur existence.

CHAPITRE IV.

DU CÉPHALÉMATOME.

La dénomination de *céphalématome* doit s'appliquer exclusivement à l'é anchement de sang formé *entre le péricrâne et les os du crâne.* C'est p

suite d'une extension fâcheuse qu'on l'a employé pour certains foyers sanguins placés *sous l'aponévrose, au-dessus du péricrâne*, ou placés dans l'intérieur du crâne *en dehors de la dure-mère.*

Il y a donc : 1° le céphalématome proprement dit, qui est un *céphalématome épicrânien*, c'est-à-dire *sous-périostique ;* 2° un pseudo-céphalématome qui est *sus-périostique*, et enfin, 3° un *céphalématome intra-crânien.*

1° DU CÉPHALÉMATOME ÉPICRANIEN.

Le véritable céphalématome, dit épicrânien est placé entre l'os et le périoste. C'est une altération peu commune, à peine signalée par Mauriceau, Levret, Baudelocque, etc. ; mieux décrite par Michaelis et Palletta, puis enfin complétement étudiée en Allemagne par Nægele, Hoere, Zeller, et en France par Valleix (1) et M. Paul Dubois. Ces deux derniers auteurs surtout ne paraissent avoir apporté dans cette question tous les documents nécessaires à sa parfaite clarté.

On considère peut-être à tort le céphalématome épicrânien, comme un résultat de difficultés du travail et de la pression de la tête du fœtus dans l'accouchement, car Nægele et M. P. Dubois l'ont vu se produire après des accouchements faciles durant lesquels la tête du fœtus n'avait éprouvé aucune pression notable, et Kuester et d'autres en ont observé des exemples chez l'adulte. Michaelis et Palletta ont pensé que le céphalématome était le résultat d'une maladie de l'os, antérieure à la naissance, et cela en raison d'un cercle osseux qui existe souvent à la base de la tumeur, et que l'on regarde comme de formation ancienne. Mais le cercle osseux n'existe pas toujours, et il n'y a pas d'altération appréciable de l'os. Nægele suppose une rupture des vaisseaux sanguins de l'os qui forme un petit épanchement, augmenté à la naissance par l'établissement de la respiration et l'activité très grande imprimée à la circulation. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer le céphalématome de l'adulte qui se produit sans contusion préalable. Ainsi Kuester a vu se développer, sans cause connue, une tumeur de la grandeur de la paume de la main d'un adulte sur toute la surface du pariétal droit; les bords, élevés en bourrelet, offraient la plus grande analogie avec ceux qui limitent le pourtour de la bosse sanguine des enfants. Après avoir constaté l'inefficacité des topiques résolutifs, notre confrère allemand pratiqua sur la tumeur une incision de 3 centimètres environ ; il s'écoula de 8 à 10 onces d'un sang d'une couleur sale ; le péricrâne était décollé. Un pansement compressif amena rapidement la guérison de la maladie, qui ne s'est pas démentie depuis quatre ans (2). M. P. Dubois attribue, au contraire, le développement du céphalématome à un simple décollement du péricrâne, par le fait d'une violence quelconque, décollement qui, laissant ouverts les orifices si multipliés des vaisseaux

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 494 et suiv.
(2) *Allgemeine medic. Centr. Zeitung*, et *Gazette hebd.*, 1854.

osseux, permet au sang de s'accumuler sous le péricrâne en formant masse sanguine plus ou moins considérable. Cet auteur invoque à l'app son hypothèse les résultats d'une expérience qui consiste à enlever une tion du péricrâne et à injecter dans l'artère méningée moyenne un lic qu'on voit sourdre et jaillir par les porosités et les fentes de la table ex de l'os. Ce résultat est incontestable, mais rien ne démontre qu'il en ainsi dans la production du céphalématome.

Lésions anatomiques.

Après avoir incisé le cuir chevelu et l'aponévrose sous-jacente, qui ne sente rien de particulier, on arrive sur le péricrâne soulevé par l'hémorrh Des ecchymoses existent à la surface et dans le tissu cellulaire placé au-d de lui. Le péricrâne resté transparent est seulement épaissi; sa surface in est lisse comme une séreuse, et est en effet tapissée par une membrane e mement délicate, déjà vue par Valleix, et dans laquelle on trouve de noml éléments fibro-plastiques. La surface de l'os est également lisse et cou d'une membrane semblable à la précédente, ayant la même structure continuant avec elle, de sorte qu'il y a dans l'intérieur du céphalémat d'après Valleix, une membrane adventice enveloppant le caillot sangui toutes parts. Il m'avait en effet semblé voir cette disposition sur un cép matome présenté par M. Morel à la Société de biologie; mais une an faite séance tenante par M. Ch. Robin, m'a fait voir que s'il y avait une f membrane adhérente au péricrâne, et une autre toute semblable adhére l'os, ces deux membranes ne se continuaient pas l'une avec l'autre à l conférence de la tumeur, comme on venait de l'affirmer. M. Robin a qu'au pourtour de la tumeur il n'y avait que de la fibrine amorphe, et a tissu fibro-plastique annonçant l'existence d'une fausse membrane.

L'os sur lequel se trouve l'épanchement sanguin présente quelquefoi aspérités plus ou moins apparentes, mais point de carie ou de nécrose; vent il est lisse et poli comme de l'ivoire. La carie et la nécrose ne se ren trent que lorsque la maladie est ancienne, et que la suppuration s'est ét depuis quelque temps.

Enfin, autour de l'épanchement à la base de la tumeur existe souver bourrelet circulaire, appréciable durant la vie, formé par une ostéopl c'est-à-dire par une production osseuse de nouvelle formation.

Cet anneau, ce cercle ou ce bourrelet osseux, peu importe sa désigna n'a jamais plus d'une ligne d'épaisseur et de deux ou trois en largeur. I toure le céphalématome dans toute sa circonférence au-dessous du péric et, d'après Valleix, il serait séparé du caillot par la membrane mince et t qui l'enveloppe. Il adhère assez fortement à l'os, dont on peut le sépare est dur à couper et présente toutes les apparences d'une production os ée. Il existe à peine autour des céphalématomes commençants; i

très manifeste au bout de quelques jours, lorsque l'altération est bien caractérisée.

Dans un autre cas que celui dont je viens de parler, M. Morel a fait voir à la Société de biologie le bourrelet osseux du céphalématome existant d'un seul côté de la tumeur et pas du côté opposé.

Le sang épanché dans la tumeur s'élève au poids de 30 à 250 grammes; il est tantôt noir et liquide, tantôt noir et coagulé, offrant déjà un commencement de décoloration; quelquefois il est mêlé à une petite quantité de pus.

Symptômes.

Le céphalématome se forme de préférence sur les pariétaux, plutôt à droite qu'à gauche, quelquefois des deux côtés; on l'a vu sur l'occipital, sur le temporal et sur le frontal; mais ces cas sont plus rares. Le sang reste en général accumulé sur un os, et ne passe pas sur l'os voisin. L'épanchement semble limité par les sutures; cependant il peut les franchir et s'étendre d'un os à l'autre. M. Ducrest a vu, chose plus curieuse encore, cet épanchement placé sur le pariétal s'étendre à la suture bipariétale, passer à travers, puis au-dessous du pariétal opposé, entre cet os et la dure-mère.

Le céphalématome se présente sous l'apparence d'une tumeur indolente, bien circonscrite, molle, fluctuante, et sans changement de couleur à la peau. Il commence souvent avant la parturition; car il existe déjà au moment même où l'enfant vient de naître; mais dans d'autres cas il ne se montre que du premier au quatrième jour après la naissance. Il s'élève, se tend progressivement et se remplit davantage, sans aller beaucoup au delà du volume d'une noix et d'un œuf de poule. Il est quelquefois au début le siége de pulsations manifestes qui ne tardent pas à disparaître. Son volume diminue par degrés, et il s'efface enfin, sans laisser de traces de son existence.

Le céphalématome épicrânien présente souvent à sa base une sorte de cercle osseux qui le sépare des parties voisines. La présence de ce cercle a été l'objet de quelques contradictions. Bien que son existence ne soit pas constante, elle n'en est pas moins réelle, et, selon moi, elle se rattache à l'âge du céphalématome. Ce cercle est à peine apparent au début de l'altération, mais il le devient davantage au bout de quelques jours. Ainsi M. Fortin trouva sur le pariétal gauche d'un enfant, même avant que l'accouchement fût terminé, un céphalématome de la grosseur d'un œuf de pigeon. Immédiatement après la naissance il s'assura qu'il n'y avait pas de bourrelet osseux, et deux jours après il en trouva un très évident.

Marche, terminaison.

Si le sang contenu dans un céphalématome n'est pas évacué par une opération, il peut être absorbé, et la tumeur disparaît. Quand cette terminaison

n'a pas lieu, un travail inflammatoire s'établit, à la suite duquel du pus se forme, se porte au dehors, et l'enfant peut encore guérir. Mais quelquefois, ainsi que l'ont vu Hoere, Nægele et Kopp, l'os qui sert d'appui à la tumeur s'altère, se nécrose et se laisse perforer. Une fois, sous les yeux de Hoere, cette perforation de l'os donna lieu à une hernie cérébrale.

Pronostic.

Le céphalématome est une lésion sérieuse, très souvent mortelle, qui cependant perd beaucoup de sa gravité, si on la traite convenablement, et si comme l'indiquent Nægele et G. F. Hoere, on ouvre promptement la poche pour en évacuer le sang et favoriser l'accolement de ses parois.

Traitement.

Personne mieux que M. le professeur P. Dubois n'a précisé les indications thérapeutiques du céphalématome épicrânien. Nous lui empruntons une partie de ce qui va suivre.

Trois méthodes de traitement du céphalématome partagent l'esprit des médecins. Les uns veulent provoquer la résolution, d'autres la suppuration, et d'autres enfin l'évacuation immédiate de la tumeur par une incision.

La résolution du céphalématome est quelquefois le résultat de la loi naturelle exploitée par les efforts de l'organisme. Elle peut être aidée par des applications aromatiques, le vin, l'eau-de-vie pure ou camphrée, le sel ammoniac, l'acétate de plomb, etc. Si elle se fait trop lentement, et qu'au bout de dix à douze jours la tumeur n'ait pas notablement diminué, il ne faut pas différer davantage, et le médecin doit recourir à l'opération.

La suppuration provoquée dans le céphalématome est la méthode de traitement proposée par P. Moscati, adoptée par Gœlis et Palletta. Ce dernier obtenait ce résultat à l'aide du séton. Il traversait la base du céphalématome avec une aiguille spéciale garnie d'une étroite bande de toile effilée. Du sang, de la sérosité, puis du pus sortent de la tumeur : on active la suppuration par de la pommade épispastique, et au bout de quinze jours la guérison est complète. Cette méthode est simple et n'a d'autre inconvénient que celui d'amener un mouvement fébrile quelquefois très considérable.

Gœlis employait la potasse caustique pour agir superficiellement sur la peau, et pour amener la suppuration des parties subjacentes. C'est un médicament difficile à manier de cette façon ; il vaudrait mieux alors recourir à l'emploi de quelques raies de feu.

L'évacuation du céphalématome par une incision ne doit être employée que dans le cas où la tumeur très-considérable a peu diminué de volume dans les dix ou douze premiers jours de la maladie. Les uns font une ponction avec lancette, expriment le sang de la tumeur et la couvrent d'applications réso-

lutives. D'autres, parmi lesquels se trouvent Michaelis, Nægele et P. Dubois, pratiquent une incision simple occupant toute la longueur et toute la hauteur du céphalématome jusqu'à l'os, enlèvent le sang, rapprochent les bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, et compriment légèrement la tête avec un appareil modérément serré, ou seulement avec un bonnet de toile ajusté et fixé par une large mentonnière.

Quelquefois les parois du foyer, loin de se réunir, s'enflamment et suppurent abondamment ; il faut alors cesser la compression et les résolutifs ; il faut recourir aux émollients, à des lotions fréquentes et à un pansement simple répété deux fois par jour. Quand l'os lui-même se nécrose, il convient de continuer le pansement avec soin, en surveillant ce qui se passe, pour enlever les parties exfoliées quand elles se détachent ; alors on peut employer pour l'appareil un peu de cérat digestif ou du cérat saupoudré de quinquina.

2° DU CÉPHALÉMATOME SUS-PÉRIOSTIQUE.

Cette forme du céphalématome rentre dans l'histoire des bosses sanguines du crâne. Le sang se trouve placé au-dessous de l'aponévrose et au-dessus du péricrâne, ainsi que l'ont établi Baudelocque, MM. les professeurs Velpeau et Paul Dubois. C'est du sang coagulé et infiltré dans le tissu cellulaire, où il séjourne pendant quelques jours, et d'où il disparaît ordinairement par absorption, comme dans l'ecchymose des adultes. Ainsi placé, il a au moins l'avantage de ne jamais produire l'altération ou la destruction de l'os. Quelquefois aussi c'est un véritable épanchement en masse au-dessus du péricrâne.

D'après M. Paul Dubois, cette bosse sanguine est constamment le résultat d'un accouchement pénible, surtout lorsqu'il s'est longtemps prolongé et a entraîné l'écoulement des eaux de l'amnios ; elle a toujours son siége aux parties qui se présentent les premières aux vides du bassin ; elle n'est pas fluctuante, elle conserve l'impulsion du doigt ; la peau qui la couvre est violette ; enfin il n'y a pas, au pourtour de sa base, le bourrelet osseux qu'on observe dans le céphalématome proprement dit. Quelquefois il y a réunion chez le même sujet de ce véritable céphalématome et du céphalématome sus-péricrânien, ce qui ajoute beaucoup aux difficultés du diagnostic.

Quand l'épanchement sanguin n'est pas très volumineux, l'absorption le fait rapidement disparaître ; si, au contraire, il est très considérable, la poche peut se rompre, s'enflammer et occasionner la mort des enfants.

Il faut favoriser la résolution de cette forme de céphalématome par des applications froides et résolutives, et dans le cas où un foyer se montre, l'ouvrir de bonne heure avec le bistouri.

3° DU CÉPHALÉMATOME INTRA-CRANIEN.

Cette forme exceptionnelle du céphalématome a été signalée par Hoere, Baron, MM. Moreau, Padieu, Ducrest. Le sang se trouve accumulé dans l'in-

térieur du crâne, entre la calotte osseuse et la dure-mère, sous forme d'une masse noire, demi-coagulée, comprimant un des hémisphères cérébraux, le cervelet ou le pourtour de la protubérance. C'est une forme d'*hémorrhagie méningée.*

Il en résulte des symptômes convulsifs et paralytiques, dus à la compression de l'encéphale ; on ne peut que soupçonner l'existence de cette lésion, si elle coïncide avec un céphalématome épicrânien ; mais il est impossible de la reconnaître quand elle existe seule, car ses symptômes sont ceux de l'apoplexie méningée et de quelques autres maladies cérébrales. L'incertitude du diagnostic n'a d'ailleurs pas de conséquences bien regrettables ; car dans l'un et dans l'autre cas l'hémorrhagie guérit bien plus facilement par les seuls efforts de la nature que par les soins de la médecine.

CHAPITRE V.

DE LA GANGRÈNE DU CUIR CHEVELU.

La gangrène du cuir chevelu déterminée par le travail de l'accouchement est un accident très rare et que peu de médecins ont eu occasion d'observer. En voici un exemple pris dans le service de M. Moreau, à la Maternité. L'observation a été recueillie par M. Lorain, interne du service. Pendant le travail, la contraction de l'utérus comprima le cuir chevelu en laissant une surface libre correspondant à la dilatation du col. C'est sur le point comprimé que se développa la gangrène.

Observation. — A la date du 16 mars 1853, existait dans le service des nourrices un enfant âgé de deux semaines qui présente un genre de lésion bien remarquable. Voici les antécédents de cet enfant. Il est né d'une mère primipare au terme de neuf mois. Le travail a duré quarante-huit heures et l'accouchement s'est terminé spontanément. L'enfant était, du reste, vigoureux et bien portant. Aussitôt après sa naissance, on constata sur sa tête une ligne rouge circulaire bien circonscrite ; le lendemain cette ligne prit une teinte violette, et l'on dut craindre une mortification du derme, qui ne tarda pas en effet à se produire. Les cheveux furent rasés, les cataplasmes émollients furent appliqués sur la tête. Enfin, craignant pour les jours de son enfant, la mère se décida à entrer dans la maison d'accouchement.

En examinant cet enfant, on constate autour de sa tête une plaie intéressant le cuir chevelu, affectant une forme circulaire, comme si l'on avait promené autour du crâne le tranchant d'un couteau. Le cuir chevelu a été comme scalpé. Le derme a été intéressé dans toute son épaisseur et dans une largeur d'un centimètre. Dans la demi-circonférence postérieure, la plaie est profonde et laisse le péricrâne à découvert ; dans la demi-circonférence antérieure, le cercle est complété par une ligne rouge, résultat de la contusion du derme. C'est le même genre de lésion, mais à un degré moindre. Le diamètre de ce cercle est précisément le diamètre sous-occipito-bregmatique. Cette plaie est pansée avec soin, on y voit des bourgeons charnus qui annoncent une tendance à la guérison ; mais il est à croire que cette plaie laissera une cicatrice difforme, vu sa largeur et la difficulté de rapprocher les deux lèvres d'une solution de continuité dans

cette région, le raphé fibreux médian cervical tendant à retenir en bas la lèvre inférieure.

L'enfant meurt le 20 mars, quatre jours après son entrée, atteint de sclérème. A l'autopsie, pas de lésion notable dans les organes principaux ; sur le crâne ni ecchymose, ni traces de céphalématome.

Le cuir chevelu est, en arrière, dans un segment qui correspond à l'occipital au-dessous de sa tubérosité, divisé par une plaie d'un centimètre de largeur.

Si l'on veut suivre cette plaie sur les côtés en avant, on voit qu'elle aboutit à une trace ou empreinte qui complète le cercle passant par la fontanelle antérieure.

Si le cuir chevelu a été mortifié en arrière, cela est dû sans doute à ce que tout l'effet de la compression a dû porter sur ce point, où le bord de l'orifice s'arrêtait et sur lequel pivotait la tête, tandis que le crâne glissait pendant les contractions utérines, et ne pouvait être bien saisi par l'orifice au niveau de la fontanelle antérieure. Il est probable que la constriction exercée par un orifice rigide sur le cuir chevelu était la seule cause de la lésion qui précède, lésion dont la forme et le siége sont parfaitement en rapport avec la cause indiquée.

CHAPITRE VI.

DES ABCÈS DU CUIR CHEVELU.

Le cuir chevelu est souvent le siége d'inflammations superficielles qui se terminent par des abcès plus ou moins considérables.

Ces abcès sont ordinairement placés au-dessus du péricrâne, mais quelquefois après avoir détruit cette membrane, ils reposent sur le crâne dénudé et nécrosé.

Leurs causes sont l'impétigo du cuir chevelu, les différentes variétés de teigne, les coups et les chutes sur la tête, mais ordinairement, chez les enfants, ce sont les maladies impétigineuses de la tête qui en sont le point de départ.

Les abcès du cuir chevelu offrent un volume variable. Ils acquièrent le volume d'une noisette ou d'une noix ; on les reconnaît à la présence d'une tumeur arrondie, rougeâtre, chaude, douloureuse et fluctuante. Au bout d'un certain temps, la peau s'amincit, s'ulcère et donne passage au pus et à une plaie qui se cicatrise plus ou moins rapidement. Leur cicatrisation est d'autant plus rapide que les enfants sont plus vigoureusement constitués et exempts de toute diathèse scrofuleuse ou herpétique. Lorsqu'il existe une diathèse de cette nature, la plaie se couvre de croûtes d'impétigo, et la réunion des parois du foyer se fait très longtemps attendre.

Chez quelques sujets, l'abcès, abandonné à lui-même, s'étend en largeur ou en profondeur ; le péricrâne s'use, comme je l'ai plusieurs fois observé, et les os, mis à nu, se nécrosent de manière à produire une exfoliation superficielle et limitée des parois du crâne ou un séquestre de toute l'épaisseur des os. Une fois, chez une fille de douze à treize ans, j'ai retiré un séquestre arrondi de

2 centimètres de diamètre, comprenant l'épaisseur du crâne comme une couronne de trépan, et qui n'avait pas d'autre origine qu'un abcès du pariétal gauche.

Les abcès du cuir chevelu ne sont généralement pas une maladie grave, et se terminent ordinairement par l'ouverture spontanée et par la guérison. Leurs complications habituelles sont l'impétigo, l'érysipèle ou la nécrose des os subjacents.

Le traitement doit se borner primitivement à des moyens locaux, tels que l'application de cataplasmes émollients, jusqu'au moment où la fluctuation est appréciable. Alors il faut ouvrir le foyer au moyen du bistouri et faire un pansement simple avec du linge enduit de cérat et recouvert de charpie.

Si la plaie se couvre d'impétigo, il faut la laver cinq ou six fois par jour avec de l'eau de son, et soumettre les enfants à une médication antiherpétique, avec l'huile martiale, l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, etc.

Si l'abcès s'est ouvert, et que l'ouverture reste fistuleuse, à cause d'une nécrose des os du crâne, il faut traiter la maladie des os par des injections détersives et irritantes faites par les ouvertures cutanées des trajets fistuleux. On emploie, à cette intention, les injections de baume opodeldoch, les injections d'iode, de glycérine, d'eau bromée, etc. Je préfère de beaucoup les injections d'iode et de brome, et l'on verra les bons effets de cette dernière substance dans le cas suivant.

Observation. — *Abcès du cuir chevelu avec nécrose du pariétal correspondant. Encéphalite avec convulsion et paralysie. — Œdème sans albuminurie. — Guérison par les injections d'eau bromée.* — Hubert, âgée de seize mois, entrée le 8 janvier 1855, au n° 6 de la salle Sainte-Marguerite, et passée n° 15 de la salle Sainte-Rosalie, sortie guérie le 3 mai suivant.

Cette petite fille, très chétive, enfant unique de parents bien portants, n'a pas été souvent malade. Au mois de septembre dernier, elle a eu une diarrhée cholériforme très grave. Elle a six dents.

Le 29 novembre 1854, abcès considérable du cuir chevelu au niveau du pariétal droit, lequel s'est ouvert à la fin de décembre. A ce moment, convulsions permanentes de trois jours, suivies de cécité absolue, d'abaissement de la paupière gauche, de résolution incomplète des quatre membres sans paralysie évidente. Les grandes convulsions, ayant cessé, ont été suivies, dit-on, de convulsions sourdes, avec faibles secousses et petits cris de la part de l'enfant.

Cette petite fille n'a jamais eu de gourmes, d'ophthalmie, ou de ganglions cervicaux engorgés.

Le 8 janvier, l'enfant est très petite, maigre ; facies rouge, paupière supérieure gauche paralysée, sans strabisme ni cécité ; mouvements des membres difficiles, lents : pas de paralysie ; œdème des membres inférieurs et des mains. Les gencives sont très rouges, gonflées, ramollies par le travail de la dentition. Abcès considérable du cuir chevelu, avec décollement considérable de la peau au niveau du pariétal gauche, dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Un stylet conduit par plusieurs ouvertures de la peau frotte sur l'os rugueux et dénudé. L'enfant tousse un peu et a du râle sous-crépitant dans la poitrine. Peau chaude, pouls à 120. — *Injection d'eau bromée dans le foyer purulent du crâne.*

Le 12, la paupière supérieure gauche recouvre entièrement l'œil, qui est ab-

solument fermé. Les mouvements des membres sont tous possibles. L'œdème a diminué, mais il est encore très appréciable; les urines, extraites par la sonde, sont acides, et ne précipitent point par l'acide et par la chaleur. L'enfant boit cinq tasses de lait par jour; elle ne vomit pas, n'a point de diarrhée, et il tombe dans une sorte d'état léthargique, avec refroidissement du visage et des extrémités. — *Lait, sachet de sable chaud, enveloppement de laine.*

Le 13, convulsions avec écume de la bouche; perte de connaissance, yeux demi-ouverts, bouche déformée, tête agitée de secousses convulsives, cécité absolue; roideur et mouvements cloniques des membres, pas de cris. Pouls à 160.

Le 17, pas de convulsions, cécité, pas de fièvre. Il se développe un furoncle dans le dos. L'abcès de la tête jette beaucoup, le décollement est considérable.

Le 18, la vue semble revenir, et l'enfant suit les objets qu'on lui montre. La paupière supérieure peut se relever. L'enfant ne conserve sa chaleur que dans un sac de laine. Elle se refroidit et s'engourdit dès qu'on le lui ôte. — *Injection d'eau bromée dans l'abcès du cuir chevelu.*

Le 9 février, l'enfant a toujours une tendance excessive au refroidissement. Elle ne vit que dans le sac de laine.

La tête suppure beaucoup; décollement considérable des parties molles, et le stylet ne retrouve plus de parties dénudées.

Un abcès suivi d'ulcération s'est développé à la partie antérieure de la jambe droite; les bords sont rouges, épais, coupés à pic, et le fond grisâtre, couvert de bourgeons charnus.

L'enfant est très pâle, ne vomit pas, n'a pas de diarrhée. — *Une injection bromée dans le foyer du cuir chevelu.*

Le 26, convulsion très forte caractérisée par la pâleur du visage, strabisme, contractions spasmodiques de la bouche à droite, sortie de la langue, secousses latérales de la tête de droite à gauche, et rien dans les membres. Cet état a duré un quart d'heure; le refroidissement était général; la chaleur n'est revenue que lorsque les convulsions ont cessé. On ne cesse d'entourer l'enfant de boules d'eau chaude, et on la tient enveloppée de laine.

Le 15 mars, un peu de diarrhée.

Le 30, diarrhée fréquente, quatre selles par jour liquides, blanchâtres.

Le 15 avril, l'enfant n'a plus de diarrhée, a repris de l'appétit et de l'embonpoint. Le teint est clair, rose, et la tendance à se refroidir a disparu. La suppuration du cuir chevelu est tarie, les trajets fistuleux sont fermés; la peau, rouge, couturée de cicatrices, un peu douloureuse, est recollée dans toute la surface du pariétal.

Le 3 mai, l'enfant, parfaitement guérie, est rendue à ses parents.

A part la cause de l'abcès, restée inconnue, mais qui peut être une diathèse en raison d'un autre abcès du dos et d'un abcès à la jambe, sans gravité tous les deux, qui se sont développés dans le cours de la maladie, il est curieux de voir des désordres locaux aussi considérables se terminer heureusement, et il ne peut être sans intérêt de suivre après coup les phases du travail qui a opéré la guérison. On a eu sous les yeux un foyer purulent de 8 à 10 centimètres d'étendue, ouvert en arrosoir et placé sur le pariétal dénudé et nécrosé superficiellement, qui a suppuré pendant trois mois et demi avant de guérir, et qui s'est terminé par le recollement complet des parties molles sur les parties osseuses malades. *Trois injections d'eau bromée* ont été faites dans cet inter-

valle, et, sans leur attribuer tout le mérite de la guérison, nous pensons, d'après d'autres observations, qu'elles y ont beaucoup contribué.

Que d'accidents avant d'en arriver là! Le premier de tous, et sans contredit le plus grave, c'est la tendance à se refroidir qui faisait presque de l'enfant un animal à sang froid. Incapable de se réchauffer par elle-même, elle tombait dans la torpeur et devenait glacée dès qu'on ne l'échauffait pas artificiellement au dehors par la laine et du calorique accumulé, au dedans par du lait de bonne qualité qu'on lui donnait à chaque instant au moyen d'une cuiller. Sans les soins de ce genre donnés à cette enfant par de bonnes religieuses dévouées, elle eût succombé peu après son entrée à l'hôpital, et durant son séjour des deux premiers mois, la prolongation chaque jour aussi incertaine de sa vie était une preuve des soins dont elle était entourée.

Avec ce danger elle a triomphé des accidents nerveux directs ou sympathiques les plus graves; convulsions sur convulsions, paralysie de certains muscles, cécité passagère, rien n'a manqué pour donner à ces phénomènes une importance considérable. On peut, en effet, se demander si les troubles sensitifs et musculaires, paralytiques et convulsifs, ont été causés par l'extension du travail inflammatoire du péricrâne aux membranes internes et à la superficie correspondante du cerveau, ou bien au contraire si ces accidents ont été purement sympathiques. Tout porte à me faire admettre la première hypothèse, à cause de la paralysie observée dans le côté du visage opposé à la lésion du pariétal: ainsi, paralysie de la paupière supérieure gauche, paralysie du buccinateur gauche avec déviation de la bouche à droite dans les convulsions, et cécité, voilà les raisons qui m'ont fait croire à des convulsions et à une paralysie symptomatique plutôt qu'à un simple trouble sympathique du système nerveux. Cette déduction me mène un peu loin; car si les convulsions ont été symptomatiques, il faut conclure à l'existence d'une méningo-encéphalite partielle, également terminée par guérison, ce qui est encore fort rare, et non moins curieux que le rappel de la caloricité opéré dans le même moment. Disons enfin que tout cela s'est accompli dans les salles d'un hôpital, au milieu des circonstances les plus défavorables, celles qui font périr tant d'autres enfants par les maladies éruptives et catarrhales épidémiques, et qu'il faut que la petite malade ait été d'une vitalité naturellement bien forte pour sortir si heureusement d'épreuves ordinairement si fatales.

CHAPITRE VII.

DES TUMEURS DU CUIR CHEVELU.

A l'exception des abcès chauds ou froids, du céphalématome et de l'encéphalocèle, il est rare de trouver dans le cuir chevelu des enfants des tumeurs de nature différente.

J'ai souvent observé des abcès à la suite de l'impetigo capitis et de la teigne,

des caries osseuses et quelquefois des nécroses avec élimination de séquestres considérables. Je conserve même un séquestre de 2 centimètres de diamètre intéressant toute l'épaisseur du crâne, retiré de la tête d'un enfant de sept ans, qui a guéri ; mais je n'ai pas vu de tumeur semblable à celle qui a été enlevée par M. Nélaton sur un enfant de quatre ans, tumeur composée d'éléments reconnus par M. Verneuil pour être des *cytoblastions*.

Cette tumeur, placée sur le sommet de la tête, large de 6 à 7 centimètres, épaisse de 3 centimètres, dure comme le cartilage, mobile sur les os, adhérait intimement à la peau. Enlevée par le bistouri, on vit qu'elle était formée de couches successives, comme une couenne de lard doublée de sa graisse; d'abord jaune dans la peau, puis jaune, puis rouge, elle laissait sortir un suc à peu près semblable au suc cancéreux, et elle était formée par un épaississement du cuir chevelu infiltré par un élément anatomique particulier, décrit, par M. Ch. Robin, sous le nom de *cytoblastions* (1). Ce sont des noyaux sphériques à contours obscurs, d'un volume assez uniforme, finement granuleux, sans nucléoles, mais quelquefois nucléolaires; ils étaient dans ce cas mêlés à quelques globules de sang.

Comme l'a très bien indiqué M. Verneuil, c'est là une tumeur de structure rare, difficile à classer dans l'état actuel de la science. Cependant, par sa marche elle se rapproche des tumeurs cancéreuses, épithéliales et fibroplastiques.

En effet, après l'opération, le mal se reproduisit dans le voisinage avec les mêmes caractères, et la mort survint rapidement au milieu d'un état cachectique très prononcé. Malheureusement la nécropsie ne put être faite.

CHAPITRE VIII.

AMYÉLIE.

L'absence de la moelle est désignée sous le nom d'*amyélie*. C'est un vice de conformation fort rare, dont Morgagni et Ollivier ont rapporté quelques exemples, et qui coïncide toujours avec l'absence du cerveau. Il paraît être le résultat d'une maladie du fœtus, et il entraîne à sa suite un arrêt de développement plus ou moins prononcé. Les enfants qui présentent cette difformité meurent aussitôt après la naissance.

Chez d'autres enfants, la moelle existe incomplète et mutilée en quelque sorte. Elle est divisée en deux cordons distincts, et la protubérance existe à l'état rudimentaire; ceux-là peuvent vivre un peu plus longtemps, mais ils ne tardent pas à succomber. Il en est de même de ceux qui présentent cette division longitudinale de la moelle jointe à un spina-bifida, ainsi que Billard en a rapporté un exemple. La mort suit de près leur naissance.

(1) *Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique*. Paris, 1853.

CHAPITRE IX.

DE L'HYDRORACHIS OU DU SPINA-BIFIDA.

L'hydrorachis ou spina-bifida est un vice de conformation caractérisé par l'existence à la partie postérieure du rachis, d'une division osseuse par où s'échappent les enveloppes de la moelle, quelquefois une partie de la moelle elle-même, et toujours une quantité plus ou moins grande de sérosité. Il en résulte une ou plusieurs tumeurs liquides, plus ou moins volumineuses, placées le long de la colonne vertébrale. Ordinairement il n'y en a qu'une, et elle se trouve placée aux lombes. Bidloo, Valsalva, Hoin, en ont vu qui occupaient toute la longueur de la colonne vertébrale, et Dubourg en a observé une qui descendait en forme de calebasse jusque sur les talons.

L'hydrorachis est presque toujours une affection congénitale. Ses causes sont totalement inconnues. Camper l'a observée sur deux jumeaux. On la rapporte à des violences extérieures subies dans la grossesse, à une position vicieuse de l'embryon, à l'accumulation de la sérosité crânienne qui empêche la réunion des vertèbres, etc. Elle est très fréquente, et d'après Chaussier elle a été rencontrée 22 fois sur 22 293 enfants nés ou déposés à la Maternité, c'est-à-dire dans la proportion de 1 spina-bifida pour 1000 naissances. Billard en a observé sept en un an à l'hospice des Enfants trouvés.

Bien que l'hydrorachis soit toujours congénitale, elle peut être dit-on accidentelle, et M. Hilton a publié un fait de ce genre qui, pour n'être pas concluant, mérite cependant d'être rapporté.

Observation I. — *Hydrorachis chez un jeune homme.* — John L..., âgé de trente-deux ans, paraît d'une bonne santé et bien développé. Il vient nous consulter pour une tumeur sensible et douloureuse qu'il porte à la partie inférieure de son sacrum. Cette tumeur est de forme ovale; elle a environ le volume du poing; elle est située exactement sur la ligne médiane, à un peu plus d'un travers de main au-dessus du coccyx. La peau qui la recouvre est blanche, lisse et tout à fait libre; elle est plus blanche, plus lisse que la peau des parties voisines; elle est tout à fait dépourvue de poils. A environ trois quarts de pouce de la surface, on sent les parois d'un kyste à contenu fluide. Ce kyste a environ le volume d'un œuf de canard; il ne peut être soulevé, et le doigt, en explorant sa base, peut constater qu'il se continue profondément avec les lames du sacrum.

L'examen de cette partie cause une vive douleur, et la pression, dit le malade, « *produit de singulières sensations dans la tête, et des étincelles dans les yeux.* » Le malade nous raconte que ce fut vers l'âge de treize ans que cette tumeur attira son attention pour la première fois. Il semble certain qu'il n'y avait rien là dans son enfance. — Il entra vers cet âge dans le service de M. Tucker, à l'hôpital d'Oxford, pour se faire extirper une tumeur située dans le voisinage du genou gauche, et ce fut alors qu'il découvrit cette autre tumeur dans le dos. — Depuis cette époque, deux médecins qu'il consulta à ce propos lui conseillèrent de n'avoir recours à aucune opération chirurgicale. — Il ne suivit donc qu'un traitement interne, et, sauf la douleur, il ne ressentit nulle

incommodité de son affection. Dernièrement cependant la douleur augmenta, et il se décida à voir ce qu'il y aurait à faire. Considérant la communication avec la moelle comme probable, et pensant qu'il se trouvait en présence d'un *spina-bifida non congénital*, M. Hutchinson déclina tout traitement chirurgical. L'application de la belladone pour combattre la douleur de caractère névralgique et une plaque de métal bien faite destinée à protéger la tumeur contre toute pression, ce fut là toute la prescription (1).

Quelle a pu être la cause productrice de cette affection ? A la suite de quelle modification organique cette tumeur se sera-t-elle montrée ? Quel rapport peut-il y avoir entre la tumeur enlevée au genou gauche et l'apparition de l'hydrorachis ? Ce sont là autant de questions dont la solution nous semble impossible.

D'un autre côté, si la position précise de la tumeur, la communication avec la moelle paraissent mises hors de doute par les *sensations étranges dans la tête et les étincelles devant les yeux* que la plus petite pression détermine, le fait renferme de nombreuses lacunes. Ainsi la tumeur diminuait-elle lorsque la tête était baissée et les extrémités inférieures élevées ? Comment se comportait ce sac liquide pendant l'inspiration et l'expiration ? C'étaient là des points importants à noter, et qui auraient donné un grand élément de certitude au diagnostic.

L'hydrorachis se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, à base large ou rétrécie, et pédiculée ou bilobée. Elle est arrondie, molle, opaque, quelquefois transparente et sans changement de couleur à la peau. Elle est fluctuante, et la compression la réduit de beaucoup en faisant rentrer la sérosité qu'elle renferme. S'il y a plusieurs tumeurs, la fluctuation se transmet facilement de l'une à l'autre, et ce que l'une perd en volume, est compensé par l'accroissement de la tumeur voisine. En pressant, la main provoque des cris, quelquefois des convulsions, et pénètre sur l'épine divisée dont les lames sont retournées au dehors. Elle sent en outre des mouvements d'expansion plus ou moins prononcés qui correspondent à l'expiration et au mouvement de retrait qui coïncide avec l'inspiration.

L'hydrorachis n'est pas toujours très marquée à la naissance et ne se manifeste qu'au bout de quelques jours. Elle est souvent compliquée d'hydrocéphalie que l'on peut reconnaître au volume de la tête, à l'écartement des fontanelles, et à leur gonflement lors de la pression exercée sur la tumeur rachidienne.

La plupart des enfants attaqués de cette maladie maigrissent et s'étiolent ; quelques-uns sont paralysés des membres inférieurs, du rectum et de la vessie. Les uns ont des pieds bots, les autres ont des phlyctènes gangréneuses, et la peau est d'une sensibilité extrême. La tumeur augmente de volume, ses parois s'amincissent, des fissures se forment, des ulcérations s'établissent, et l'ouverture de la tumeur, suivie de l'écoulement graduel et rapide de la séro-

(1) *Med. Times and Gazette.*

sité, amène souvent des convulsions suivies de mort. Je dis souvent, ca suite d'une exception rare, Maurice, Hoffmann et Camper ont vu ouverture être au contraire suivie de l'affaissement de la tumeur et guérison.

Voici un cas dans lequel la rupture de la poche a été suivie de la C'était un exemple d'hydrorachis compliquée d'hydrocéphale. On en c connaissance à M. Hutchinson :

Observation II. — C'est un petit garçon de quinze mois. A l'époque naissance, la tumeur, qui occupait la partie inférieure de la région sacrée frait que peu de volume ; mais bientôt elle commença à s'emplir, en même que, de son côté, la tête de l'enfant augmentait de volume. Malgré cela, l'e se développait et son intelligence semblait normale. Les extrémités infér dépérissaient, et les pieds étaient tirés en haut. Plusieurs fois il fut quest ponctionner la tumeur avec un trocart, mais on s'arrêta toujours devant la plication de l'affection cérébrale ; la tête, allant toujours grossissant, avait a un volume double de la grosseur naturelle. Deux semaines avant la mo spina-bifida était gros comme une tête de fœtus, et la peau qui le recouvrai tendue et amincie. Quelques jours après, elle se perça et s'affaissa. Le li qu'elle renfermait s'écoula par une ouverture large comme un trou d'aiguil sans suppuration. L'écoulement était néanmoins au-dessus des forces de l'en et il succomba bientôt a l'épuisement. On avait noté dans les derniers jou peu de diminution dans le volume de la tête.

Fig. 1.

Fig. 2.

La figure 1 représente un *spina-bifida* du cou des plus remarquables, accompagné de lésions incompatibles avec la vie, et la figure 2 une division du *rachis* sur un point opposé. On voit par ces deux exemples que le même vice de conformation peut avoir des effets bien différents, selon qu'il porte sur telle ou telle région.

L'autopsie montra les ventricules latéraux du cerveau distendus par plus d'une pinte de sérum clair, le septum étant entièrement détruit. Le ventricule de la moelle allongée était aussi dilaté, et de son extrémité inférieure partait un canal de la grosseur d'une plume de corbeau, qui descendait tout le long de la moelle épinière à son centre, et se terminait en un sac formé par l'arachnoïde, lequel pendait dans la poche du spina-bifida. Ce sac, qui aurait pu contenir un œuf de pigeon, était sans communication avec le kyste qui l'enveloppait et était évidemment formé par un prolongement de la membrane ventriculaire. Les lames du sacrum manquaient entièrement (1).

En général, l'hydrorachis est une maladie mortelle. Quelques enfants meurent avant de naître ou peu après la naissance; d'autres vivent un mois, et très peu atteignent la fin de la première année. Bonn en a vu un qui vécut dix ans; Varner, un autre qui vécut jusqu'à vingt ans; M. H. Larrey, un troisième qui vivait encore à vingt-cinq; Camper, un autre qui alla jusqu'à vingt-huit; M. Monod, un cinquième vivant encore à trente ans, et Moulinié, un sixième qui prolongea son existence jusqu'à trente-sept ans. De pareils faits sont excessivement rares.

Quand les enfants succombent, l'examen de la colonne vertébrale fournit les résultats suivants :

La division et l'écartement des lames vertébrales existent à la région cervicale ou dorsale, mais de préférence à la région lombaire. Il y a deux ou trois écartements séparés, comme il peut y avoir division complète de haut en bas du rachis.

La tumeur est formée : 1° par la peau amincie, adhérente aux tissus sub-jacents, rouge, violacée vers le centre, quelquefois incomplétement formée sur ce point; 2° par un peu de tissu cellulaire sous-cutané, endurci; 3° par une membrane fibreuse, formant la paroi du spina-bifida, lisse à l'intérieur, prolongée dans le canal vertébral jusqu'à la dure mère qui la continue en haut; 4° par la moelle non altérée dans sa structure et quelquefois par la moelle étalée dans le sac; 5° par de la sérosité céphalo-rachidienne limpide, incolore ou citrine en quantité variable; elle est trouble et sanguinolente en cas de phlegmasie; 6° par l'orifice des vertèbres divisées qui permet de voir le corps intact de ces os; 7° quelquefois par la division même du corps des vertèbres; 8° enfin par la présence d'autres déformations telles que l'anencéphalie, l'encéphalocèle, le bec-de-lièvre, l'imperforation de l'anus, l'ectrophie de la vessie, etc.

Il y a des cas très simples où existe seulement un sac fibro-séreux en rapport avec la cavité arachnoïdienne et sans déplacement de la moelle ou des nerfs. Ceux-là peuvent vivre, et ont toutes chances de guérir, si l'on ose les opérer.

Au contraire, quand il y a déplacement de la moelle ou des nerfs, ou quelque autre altération organique profonde, la maladie est fort grave, et toute opération sert plus au chirurgien qu'au malade.

(1) The *Lancet*, 1857.

Le diagnostic n'est généralement pas difficile, lorsqu'on tient compte phénomènes que je viens d'indiquer. Cependant chez quelques malades forme à la région habituelle de l'hydrorachis des tumeurs de nature diffé et qui pourraient en imposer si l'on n'était pas prévenu. En voici un exe publié par M. Hilton.

Observation III. — Un enfant mâle bien portant, âgé de seize mois, fut a dans le service de M. Hilton ; il portait une tumeur sur l'épine lombaire, tu qui avait été prise pour un *spina-bifida*. Elle a la dimension d'une demi-pc et paraît avoir des adhérences médiocres avec les parties profondes.

Cet enfant n'avait pas de paralysie des extrémités inférieures. Il n'avait ja souffert de symptômes cérébraux d'aucune nature.

Convaincu qu'il se trouvait en présence d'une tumeur complétement sc H. Hilton en proposa l'extirpation.

L'opération ne fut entravée par aucune difficulté ; il fut reconnu que c'étai *tumeur graisseuse*.

Traitement.

Autrefois on s'abstenait de toucher au spina-bifida et on l'abandonnait marche naturelle. C'est souvent ce qu'il y a de mieux à faire, car sur 25 lades opérés par M. Guersant, 24 ont succombé aux accidents inflammatc résultant de l'opération. Mais dans quelques cas, lorsque la lésion est sim peu étendue, quelques chirurgiens cherchent à la faire disparaître. On ploie dans ce but des moyens palliatifs ou curatifs.

1° La *compression* au moyen d'une plaque bien arrangée ou d'une ba garnie d'une pelote de crin a été employée par Abernethy et A. Cooper, n sans succès, car la tumeur se reproduisait aussitôt qu'on abandonnait la cc pression, d'ailleurs fort douloureuse. Comme palliatif, ce moyen est ex lent, et c'est ainsi qu'ont pu vivre, en protégeant leur tumeur, cert individus qui ont atteint l'âge de trente et trente-cinq ans.

On pourra faire cette compression au moyen du collodion, comme pou hernie ombilicale congénitale. M. Behrend dit avoir réussi par ce mo chez un enfant de sept semaines. Une couche de collodion ricméé (2 de lodion pour 1 d'huile de ricin) fut mise sur la tumeur et recouverte de cc et d'un emplâtre adhésif. Le lendemain la tumeur avait diminué et une n velle couche fut appliquée ; on la renouvela chaque jour. Plus tard on mi collodion pur et une bande de caoutchouc. Enfin, au bout de trois semai la tumeur avait disparu, et la peau, épaisse, résistante, resta tendue au de de la perforation du canal vertébral. Pendant la durée du traitement, l'enf atteint de phénomènes cérébraux, avait pris du calomel. Trois mois ap la guérison s'était maintenue.

2° La *ponction* avec un trocart très fin a été pratiquée plusieurs fois a succès. Si je devais recourir à ce moyen, j'emploierais au moins la ponc d'après la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin, afin d'éviter les accid

inflammatoires, et après avoir vidé la tumeur j'exercerais sur elle une compression douce à l'aide d'un bandage bien appliqué.

Quelques chirurgiens font plutôt l'*acupuncture* que la ponction sous-cutanée. Ils suivent l'exemple d'A. Cooper, qui, par des ponctions d'aiguilles à coudre répétées tous les quatre ou cinq jours et combinées avec la compression, est arrivé à guérir plusieurs enfants. MM. Robert et Rosetti, qui ont employé ce procédé dans des cas où il semblait devoir échouer, chez des enfants paraplégiques, ont cependant réussi. Dans les cas heureux, le spina-bifida et la paralysie ont simultanément disparu.

3° Le *séton*, conseillé par Richter et Desault, ne trouve plus aujourd'hui de partisans. Il détermine dans la poche une inflammation qui peut s'étendre aux méninges et faire périr les malades.

4° L'*excision suivie de suture* a été imaginée par Brumer ; elle a été pratiquée par Trowbridge et plus tard par M. Dubourg sur trois malades, et deux fois l'opération a été couronnée de succès. Ce médecin ouvre la poche et va fermer l'ouverture rachidienne avec le doigt, puis il enlève par une autre incision ce qu'il y a de trop dans les parois afin de pouvoir les abaisser et les réunir exactement sur le dos, au niveau de l'ouverture rachidienne, par le moyen d'une suture entortillée.

M. Royer a fait connaître à l'Académie de médecine un succès obtenu par ce procédé modifié, sur un enfant de trois ans (1855).

Observation IV. — Une première fois M. Royer avait fait la ponction de la tumeur située au niveau des dernières vertèbres lombaires. Le mal s'était reproduit. On fit une seconde ponction avec incision des parois de la poche près de la racine, et les lèvres rapprochées se réunirent par première intention. Il n'y eut aucun accident. La guérison fut complète, et dix mois plus tard l'enfant étant mort d'entérite aiguë, on put constater que la guérison avait été obtenue par adhérence de l'extrémité terminale de la queue de cheval et des méninges rachidiennes avec la peau cicatrisée.

Un autre fait a été publié par M. Nott (1).

Observation V. — Un garçon d'un mois présentait à la deuxième vertèbre lombaire une tumeur d'un pouce et demi de diamètre, presque circulaire, ayant trois quarts de pouce d'élévation. Le sommet était plat, de couleur rouge chocolat, et au centre il y avait une membrane-pellicule mince, translucide, large de trois quarts de pouce, à travers laquelle on voyait un fluide séreux.

On fit deux incisions elliptiques autour de la tumeur, dans la direction de l'épine, qui fut disséquée complétement. Il y avait la peau, du tissu cellulaire et les membranes de la moelle distendues par de la sérosité. Après avoir enlevé le sac, M. Nott fit une ouverture dans le canal de l'épine, large comme l'extrémité du doigt. Une cuillerée de fluide s'échappa.

Il réunit les bords avec une seule épingle, fit la suture entortillée et plaça du diachylon au-dessus et au-dessous.

Le troisième jour le pansement fut enlevé. L'adhésion complète par première

(1) *Gazette médicale*, 1856, p. 102.

intention avait eu lieu, si ce n'est dans la portion comprise entre l'épingle et la ligature. Néanmoins la plaie guérit bientôt, et au bout de deux semaines tout était cicatrisé.

L'enfant n'éprouva aucun trouble. Il dormit et teta comme à l'ordinaire. Après deux mois la guérison se maintenait complète.

5° La *ligature circulaire* peut être mise en usage, si la tumeur est pédiculée ; mais c'est là un cas très rare. M. Beynard a fait la *ligature linéaire* au moyen de deux tuyaux de plume, maintenus sur les côtés de la tumeur par du sparadrap, et renfermant, à l'intérieur, un fil qu'on serre graduellement. M. Latil a modifié ce procédé, et il a remplacé les tuyaux de plume par des baguettes de bois percées de trous de distance en distance pour le passage du fil. Sous l'influence de cette constriction latérale, les médecins dont je parle ont vu la tumeur se mortifier et pouvoir être séparée au bout de quelques jours. L'adhérence s'établit intérieurement au niveau du point comprimé, et la guérison s'obtient ainsi au bout de huit à dix jours.

6° *Accolement.* — M. Dubois a imaginé de combiner la ponction, la lésion et l'accolement. Il vide la tumeur, puis il place à sa base deux lamelles de fer convexes, présentant à leurs extrémités un col pour recevoir des fils ; il serre son pédicule entre les convexités des plaques de manière à produire l'accolement de la sérèuse intérieure, puis deux épingles sont mises dans des trous pratiqués au milieu des plaques pour traverser la tumeur et provoquer une inflammation adhésive. Je préfère de beaucoup le procédé de Beynard et Latil, qui a de plus que celui-ci l'avantage de compter quelques succès en sa faveur.

7° *Ponction et injection.* — On a dernièrement tenté de traiter le spina-bifida comme l'hydrocèle et comme l'hydrocéphalie, au moyen d'une ponction et de l'injection iodée. Plusieurs enfants sont morts, mais il paraît qu'on a eu quelques succès. M. Brainard, des Etats-Unis, en 1847, a publié le premier cas de guérison qui ait été obtenu par cette méthode. Il en a été publié un extrait dans les comptes rendus de la Société de chirurgie.

L'observation a pour objet une jeune fille de treize ans, idiote et paraplégique, qui, après avoir subi quinze injections en dix mois sans accidents, a été guérie de sa tumeur et a recouvré en partie l'usage de ses membres inférieurs et de ses facultés intellectuelles. M. Brainard a en outre donné dans son mémoire l'historique de trois autres cas de spina-bifida où il a employé les injections iodées, et mentionne deux autres faits qui ne lui sont pas personnels. Dans les trois cas qui lui appartiennent, il y avait complication d'hydrocéphale ; chez un des enfants, la tumeur s'était rompue au moment de l'accouchement et la cavité était le siége d'une suppuration abondante. Les injections furent commencées chez lui et chez un autre à la naissance ; chez le troisième, le traitement ne commença qu'à l'âge de trois mois. Les injections non-seulement ne produisirent pas d'accidents, mais amenèrent un changement rapide et favorable dans la tumeur. Il est vrai de dire que les trois enfants sont morts de convulsions ; mais il faut se rappeler qu'ils étaient hydro-

céphales, et que la guérison de la tumeur datait dans un cas de sept semaines, et dans un autre de sept mois, lorsque les convulsions survinrent. Dans le troisième, les convulsions survinrent après la quatrième semaine de traitement.

M. Brainard dit que les deux cas qui ne lui appartiennent pas ont été traités avec succès sous sa direction, mais il n'entre dans aucun détail à leur égard.

L'auteur conclut de ces faits, que les injections iodées faites avec les précautions nécessaires sont non-seulement innocentes, mais très efficaces dans le traitement du spina-bifida, lorsqu'il n'est pas compliqué de vice de conformation grave du rachis ou d'hydrocéphale. Les faits observés en Europe, et en particulier ceux qui appartiennent à MM. Velpeau et Chassaignac, viennent confirmer ces conclusions.

M. Brainard emploie au début une solution de 1 milligramme et demi d'iode et de 4 milligrammes et demi d'iodure de potassium dans de l'eau distillée, et n'augmente la force de la solution dans les injections subséquentes que quand il n'y a plus de réaction inflammatoire après l'opération.

La ponction doit être faite dans la peau saine, et le liquide injecté doit être maintenu dans la cavité par une compression légère. S'il survient des convulsions, on laisse écouler le liquide, et on le remplace par de l'eau distillée à la température du corps. Des applications d'eau fraîche sur la tumeur et sur la tête doivent être faites pour combattre la possibilité d'une inflammation. Quand il n'y a plus ni rougeur, ni tension, il faut appliquer sur la tumeur du collodion, qu'on renouvelle tant que la tumeur diminue. On recommence l'injection lorsqu'elle cesse de diminuer, et après la guérison on doit continuer l'usage du collodion pendant plusieurs mois.

Les règles posées par l'auteur nous paraissent très judicieuses; on remarquera qu'il exclut l'alcool de la liqueur de l'injection et qu'il ne fait pas ressortir le liquide, à moins d'accidents. L'extrême susceptibilité inflammatoire de l'organe affecté nous paraît justifier l'exclusion de l'alcool, et les succès obtenus par M. Brainard avec ce liquide prouvent qu'on avait à tort attribué à l'alcool dans les guérisons obtenues par la teinture d'iode un rôle qui n'appartient qu'à l'iode lui-même. En effet, des essais ont été faits il y a bien des années pour démontrer que la cure de l'hydrocèle s'obtenait tout aussi bien en injectant de l'alcool seul qu'en employant la teinture d'iode, et cette pratique est aujourd'hui adoptée dans plusieurs hôpitaux de Paris. L'expérience n'a pas encore prononcé d'une manière définitive sur l'avantage qu'il y a à laisser le liquide injecté dans une cavité séreuse ou à le faire écouler au bout de quelques minutes; notre pratique particulière nous rangerait parmi ceux qui croient plus prudent de ne pas laisser le liquide dans la cavité; mais dans le cas de spina-bifida, la conduite tenue par M. Brainard nous paraît justifiée par le danger qu'il y aurait à laisser vide la poche, qui est le plus souvent en communication avec l'encéphale.

Nous devons cependant ajouter que MM. Velpeau et Chassaignac ont vidé complétement la poche dans les cas qu'ils ont traités, et qu'ils ont injecté la

teinture d'iode étendue d'eau non-seulement sans accidents, mais avec succès. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait agir avec trop peu de prudence dans des cas semblables, et il vaut mieux suivre les règles instituées par M. Brainard.

Voici maintenant l'observation que M. Chassaignac a fait connaître, et dans laquelle la ponction et l'injection de teinture d'iode ont été suivies d'un plein succès.

Observation VI. — *Hydrorachis, chez un enfant de cinq mois, offrant à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau du sacrum, les traces de l'hydrorachis actuellement guérie par l'injection iodée* (1). — Le 14 janvier, on amena à l'hôpital Saint-Antoine un jeune enfant, alors âgé de deux mois. Il avait été présenté à l'hôpital des Cliniques, à M. le professeur Paul Dubois, qui reconnut la nature de l'affection, mais qui se vit dans la nécessité de ne pas l'admettre dans ses salles, à cause du petit nombre des nourrices affectées au service des enfants nés dans cet hôpital.

L'enfant chétif, d'une débilité extrême, offrait, au niveau de la région sacrée, une tumeur grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens vertical, très mobile, légèrement pédiculée, ayant l'aspect d'un kyste ; elle était fluctuante, transparente ; la peau, très amincie, avait néanmoins l'aspect de la peau ordinaire. Pendant les efforts que faisait l'enfant pour crier, la tumeur devenait excessivement tendue, à un tel point même, que l'on pouvait craindre une rupture vers le point de la peau le plus aminci. Quand l'effort cessait, la tumeur paraissait moins tendue ; la pression exercée sur elle déterminait des mouvements convulsifs des membres inférieurs.

M. Chassaignac, en raison de la gravité du mal, qui menaçait la vie de cet enfant, et rendait la mort imminente, se décida à tenter la cure radicale à l'aide d'une injection iodée.

Il fit d'abord une ponction avec un trocart ordinaire. Il sortit environ deux cuillerées d'un liquide limpide citrin. Quand la poche fut ainsi vidée, il reconnut le point probable de communication de cette poche avec la cavité rachidienne ; et appliquant sur ce lieu le pouce, il fit une injection composée d'eau et de teinture d'iode à parties égales. Il laissa pendant une minute ce liquide en contact avec la surface interne du foyer, puis le fit sortir aussi complétement que possible, et appliqua un pansement compressif à l'aide de bandelettes de diachylon.

L'opération fut très bien supportée ; il n'y eut aucun mouvement convulsif immédiatement. L'enfant fut ensuite emmené en dehors de l'hôpital, et l'on suivit peu la marche de la maladie. On dit qu'il y eut à plusieurs reprises des convulsions. Les symptômes revêtirent une forme tellement grave, que l'état du malade paraissait désespéré. Dès le lendemain, la tumeur avait repris son volume primitif.

Pendant quinze jours, elle resta ainsi volumineuse, puis elle changea d'aspect ; elle diminua insensiblement. On constata alors que, sur divers points des parois, on pouvait faire sortir comme des plaques indurées.

Enfin, la tumeur disparut, mais lentement ; au bout de trois semaines elle était toute flétrie, il ne restait qu'une petite saillie indolore, formée de peau plissée comme une vieille pomme conservée. On sentait en son centre le lieu où existait la division du sacrum. La santé générale de l'enfant s'améliora considérablement, car il prit beaucoup d'embonpoint. Les mouvements des membres étaient faciles ; tout, en un mot, autorisa à considérer la guérison comme parfaite.

Gazette des hôpitaux, 1851.

Avant d'entreprendre le traitement si difficile de ce genre de tumeur, il est bon de connaître toutes les circonstances qui peuvent en assurer le succès, et voici celles qui doivent inspirer la résolution du chirurgien.

Elles ont été bien indiquées par M. Laborie (1).

ON PEUT OPÉRER :	ON DOIT S'ABSTENIR D'OPÉRER :
1° Si l'enfant paraît, du reste, bien constitué, et que la tumeur soit unique.	1° Quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation, comme hydrocéphale, hernie ombilicale, paralysie avec difformité des membres.
2° Si la tumeur est pédiculée.	2° Quand la tumeur présente une base très large, surtout verticalement.
3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et qu'elle ne soit pas ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur.	3° Quand la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et ulcérée.
4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleur.	4° Quand la tumeur paraît très sensible à la pression, et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement, lorsqu'on exerce la pression sur la partie la plus saillante de la tumeur.
5° Si les mouvements imprimés à la tumeur sont indolores.	5° Quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer la douleur.
6° Quand la fluctuation se perçoit inégalement et qu'elle arrive d'une manière plus médiate au doigt de l'observateur, si l'on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.	6° Si la tumeur est franchement fluctuante, et si partout on peut apprécier au même degré le flot du liquide à travers la paroi externe.

Nous ajouterons :

7° Si la tumeur est simple et ne renferme pas dans son intérieur une expansion de la moelle ou des nerfs.

En résumé, toutes les opérations de l'hydrorachis offrent de grands dangers et de grandes difficultés. Elles amènent ordinairement l'inflammation aiguë de la poche, et bientôt après la méningite rachidienne, comme l'a très honorablement déclaré M. Guersant, d'après les résultats de vingt-cinq opérations qu'il a faites. Vingt-quatre fois la mort par méningite a été la conséquence de cette redoutable complication.

CHAPITRE X.

HÉMIPLÉGIE FACIALE.

La paralysie faciale des nouveau-nés est une affection de la septième paire, causée par l'action compressive du forceps, ou par une contusion de la face contre une partie saillante des os du bassin.

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère.*

MM. Vernois, Smellie, Paul Dubois, Danyau, Landouzy et Jacquemier en ont rencontré de nombreux exemples

La paralysie faciale des nouveau-nés n'est pas toujours facile à reconnaître, car elle entraîne peu de difformités. Au repos, la symétrie du visage est à peine altérée, et l'œil entr'ouvert semble être le seul caractère de cette maladie. Il n'en est plus de même au moment des cris de l'enfant. Les traits sont bouleversés, la commissure des lèvres est entraînée du côté sain et la succion fort difficile. Cependant la paralysie ne tarde pas à se dissiper, et elle disparaît ordinairement au bout d'un temps qui varie entre deux jours et six semaines.

La luette et la langue ne sont pas atteintes par la paralysie (Landouzy) et la sensibilité leur est conservée.

Cette paralysie n'a encore été observée que sur un côté de la face; peut-être un jour la verra-t-on occuper les deux côtés: ce n'est pas impossible, puisque déjà Smellie l'a vue s'étendre aux deux membres supérieurs. M. Danyau a vu aussi un fait très curieux dans lequel, avec la paralysie de la face, il a observé la paralysie dans le bras du même côté. C'était une jeune femme primipare, albuminurique, qui fut prise à la fin de la gestation d'attaques violentes d'éclampsie. Après la troisième attaque on reconnut le col assez dilatable pour permettre l'introduction du forceps. L'enfant se présentait par le sommet en occipito-iliaque droite postérieure; le mouvement de rotation ne s'était pas accompli. On appliqua avec assez de difficulté les branches du forceps latéralement, et à l'aide de tractions assez pénibles on amena l'enfant la face en avant.

Il ne respirait pas, on parvint à le ranimer par des insufflations; on reconnut d'abord une paralysie du nerf facial gauche, et en plus une paralysie du bras gauche; paralysie presque complète pour tout le membre, portant seulement sur la myotilité et laissant intacte la sensibilité.

En examinant l'enfant, on reconnut que l'extrémité de la branche droite du forceps avait dépassé la base de la mâchoire et avait laissé une empreinte dans le triangle sus-claviculaire, exerçant sur le trajet du plexus brachial une pression assez forte pour qu'il se soit formé une petite eschare qui se détacha ensuite.

L'enfant succomba quelques jours après la naissance. A l'autopsie, on a trouvé:

Un épanchement de sang autour du plexus brachial à son origine. Depuis ce point jusqu'en dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentaient une teinte sanguinolente qui ne disparaissait pas par le frottement.

Au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs étaient décolorés comme dans l'état normal. Le tissu nerveux présentait du reste partout sa constitution normale.

Le nerf facial présentait aussi à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, un épanchement sanguin (1).

(1) *Union médicale*, 1851.

Evidemment, ici, la paralysie a dû être causée par la compression des branches du forceps, comme d'ailleurs cela s'obtient dans tous les cas de ce genre.

L'hémiplégie faciale se termine ordinairement assez vite par une guérison entière, et il faut seulement coucher l'enfant sur le côté non paralysé, garantir de la lumière l'œil qui ne ferme pas, et employer le biberon si l'enfant ne saisit pas bien le mamelon de sa nourrice.

Quand la paralysie se prolonge, il faut frictionner la peau avec des liniments excitants, donner des douches de vapeur d'eau, diriger des fumigations émollientes, appliquer des petits vésicatoires volants sur la face au niveau du nerf facial, et employer la galvanisation.

Chez les enfants plus âgés l'hémiplégie faciale est le symptôme d'une méningite aiguë ou d'une affection du cerveau. J'en reparlerai un peu plus loin.

CHAPITRE XI.

PARALYSIE DU DELTOÏDE.

La paralysie du deltoïde est une maladie accidentelle assez rare, que M. Jacquemier a observée et dont il a rapporté un exemple dans son livre d'accouchements.

Un enfant fort et bien constitué, né après un travail assez long et assez pénible, offrit aux personnes chargées de le soigner une différence entre les deux membres supérieurs. M. Jacquemier l'examina. Les deux bras étaient également développés, mais le droit était comme pendant et se tenait rapproché du tronc; le moignon de l'épaule paraissait un peu affaissé et moins arrondi. Le bras soulevé retombait inerte, par contraste avec le membre opposé. Les mouvements de la main, de l'avant-bras, s'exerçaient librement, mais sans que le bras y prît part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière.

Un instant, M. Jacquemier crut voir dans cette paralysie du deltoïde une affection congénitale; mais il changea bientôt d'opinion, devant la marche de la maladie qui disparut complétement au bout de vingt jours. Il considéra cet accident comme fortuit, et l'attribua à la compression du nerf axillaire contre l'humérus, dans le point où il s'accole à la face profonde du muscle deltoïde.

CHAPITRE XII.

DU SPASME DE LA GLOTTE, OU PHRÉNO-GLOTTISME.

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, improprement appelé *spasme de la glotte*, est une affection convulsive et intermittente de la glotte et du diaphragme, caractérisée par de courts accès de suffocation revenant à des intervalles fort variables.

C'est la maladie qu'on appelle quelquefois si faussement *goître des nou-*

veau-nés (1), *asthme thymique*, *asthme de Kopp*, du nom de son premier observateur, *asthme laryngé*, *asthme infantile*, *croup cérébral*, *spasme de la glotte*, etc. Quoique cette dernière dénomination ait été adoptée par M. Hérard, comme titre de son excellent travail, je n'ai pu l'accepter, parce qu'elle a l'inconvénient de désigner un phénomène de la coqueluche, du faux croup, de l'hystérie, etc., et qu'elle ne représente pas exactement la maladie distincte et spéciale que je vais décrire. En effet, elle offre à observer un *spasme de la glotte et du diaphragme réunis*, tandis que le spasme de la glotte isolé est le caractère pathognomonique du faux croup, ou laryngite striduleuse, maladie essentiellement différente.

Causes.

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une maladie des nouveau-nés et de la première enfance. Elle est plus fréquente chez les garçons que

(1) *Goître des nouveau-nés.* — Le goître des nouveau-nés est, d'après Frédéric de Betz, une maladie assez fréquente et cependant peu connue. Les enfants qui en sont affectés sont forts et bien nourris, à ce point qu'on pourrait prendre ce goître pour un pli de la peau chargé de graisse ; d'autres fois le cou offre simplement une trop grande largeur, et dans quelques cas le goître n'est nullement apparent.

Cette affection peut produire dans les fonctions respiratoires des troubles susceptibles d'amener la mort quelques heures ou deux ou trois jours après la naissance.

Ces enfants paraissent avoir de grandes difficultés à respirer. Les inspirations sont profondes, bruyantes et serratiques : l'expiration est aussi quelquefois très pénible, souvent accompagnée de pleurs. Quelquefois la respiration paraît s'arrêter, et l'enfant est pris de suffocation jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration, suivie d'un cri, vienne le rendre à l'existence. Ces accidents se reproduisent à des intervalles variables.

En outre, existent d'une manière constante la coloration bleuâtre de la peau et des lèvres, ainsi que des muqueuses, le froid des extrémités et l'angoisse de la physionomie, traduite par une agitation grande des ailes du nez.

La succion est difficile ou impossible, l'enfant ne peut teter ni boire ; sa bouche se remplit de salive et de mucus, et il ne tarde pas à périr asphyxié.

Le goître des nouveau-nés est le résultat de l'hypertrophie du corps thyroïde sans changement de texture; seulement la glande est plus vasculaire que de coutume. L'hypertrophie affecte tantôt la glande entière, qui a ainsi la forme d'une demi-lune, tantôt les deux lobes, qui sont réunis par un isthme, et alors le cou est plus large, ou enfin elle n'existe que sur un seul lobe. C'est surtout lorsque les deux lobes sont hypertrophiés qu'il en résulte une compression de la trachée et de l'œsophage, qui empêche l'entrée de l'air et des boissons.

Le goître est héréditaire, circonstance que l'on a aussi mentionnée pour l'asthme laryngé. Du reste, la connaissance de l'altération organique qui détermine les accidents que nous venons de rapporter peut jeter quelque jour sur l'asthme laryngé, le spasme de la glotte, l'asthme thoracique, etc., affections qui produisent des effets analogues.

L'auteur a recours aux sangsues et aux vomitifs, et il conseille l'emploi de l'iode à l'extérieur et à l'intérieur, quand les accidents sont moins violents et quand la marche de la maladie fait espérer que le médicament aura le temps d'agir. (*Gazette des hôpitaux*, 21 juin 1851.)

chez les filles, et attaque les sujets nerveux, faibles ou rachitiques, plutôt que les sujets forts et vigoureux. Elsaesser l'attribue au rachitisme accompagné du ramollissement de l'occipital. Il se montre quelquefois chez des enfants nés de mères délicates, excitables ou nerveuses, et, ce qui prouve bien la disposition originelle de la maladie, c'est sa présence successive chez tous les enfants d'une même famille, ainsi que Rullmann, Kopp, Marshall-Hall, Toogood, etc., en ont rapporté plusieurs exemples. Cela n'a rien d'extraordinaire, dit M. Hérard, pour ceux qui savent que la maladie est de nature convulsive et qu'il n'est pas rare de voir tous les enfants d'une même famille périr de convulsions.

Le spasme de la glotte ou phréno-glottisme est une maladie des pays du Nord, et de l'hiver en particulier. Ses accès sont excités et provoqués par la déglutition et surtout par celle des liquides, par le réveil, par les émotions, les contrariétés, la frayeur, par la constipation, par le travail de l'évolution dentaire, par la stomatite, l'angine, les affections pulmonaires, etc.

Symptômes.

Cette maladie se manifeste ordinairement sans aucun phénomène précurseur, et, d'après M. Hérard, son début serait toujours le même. Tout à coup la respiration s'arrête, le diaphragme s'abaisse, et il semble que la glotte vienne d'être brusquement close; pendant quelques secondes il y a menace de suffocation, et la physionomie trahit une vive angoisse ; la bouche est largement ouverte, comme pour aspirer l'air qui lui manque; la tête se renverse en arrière, les yeux sont fixes dans leurs orbites, le visage devient bleu; il y a en un mot asphyxie commençante.

Le pouls s'accélère et devient petit ou insensible ; les battements du cœur sont tumultueux et irréguliers. La poitrine est immobile et tendue ; ses muscles sont en quelque sorte tétanisés, et le murmure vésiculaire a cessé de se produire.

La peau est visqueuse, froide; des évacuations involontaires ont lieu ; l'intelligence reste libre, mais les mouvements sont fréquemment pervertis. Des contractures ont lieu aux extrémités des membres, aux doigts en particulier. Les pouces se fléchissent toniquement dans la main; le gros orteil sur la plante du pied. M. Hérard a observé cette contracture aux genoux et aux coudes. Elle se développe aussi dans les muscles du cou et dans les muscles de l'œil Quelquefois la contracture est remplacée par des convulsions *cloniques* épileptiformes ; mais, dans ce cas, le phréno-glottisme n'est que le commencement d'une attaque d'éclampsie.

Au bout de quelques instants, le spasme du diaphragme et de la glotte diminue, la respiration revient, mais elle est un peu saccadée et les premières inspirations sont sifflantes et accompagnées d'un petit *bruit sonore*, comparable à un hoquet de timbre aigu.

Kopp indique comme caractéristique de cette maladie, la propulsion de la

Pronostic.

Le phréno-glottisme est une affection convulsive fort grave. C'est une n vrose qui fait périr un grand nombre de jeunes enfants. Un tiers su combe asphyxié au moment d'un accès. Quelques autres sont emportés p des maladies intercurrentes ou consécutives. La moitié au plus finit p guérir.

La gravité de cette affection est d'autant plus grande que les enfants so plus jeunes, plus délicats, que les accès sont plus fréquents ou plus prolongé et qu'elle est plus compliquée. Des convulsions générales annoncent souve une mort prochaine.

Anatomie pathologique.

Les enfants qui succombent au phréno-glottisme et à des convulsio phréno-glottiques ne présentent pas de lésions anatomiques suffisantes po expliquer la mort. La muqueuse buccale et laryngée ne présente rien d spécial; les poumons sont emphysémateux, comme ils le sont toujours da le jeune âge à la suite des maladies suffocantes, et l'on ne trouve aucu altération appréciable du cerveau, de la moelle, des nerfs phréniques, pneumo gastriques et récurrents.

S'il y a des altérations anatomiques chez les enfants qui succombent, ell sont purement accidentelles, et il n'en est pas une qui puisse être considéré comme la véritable cause des accidents. La cause anatomique du mal rest absolument inconnue.

Kopp et ceux de ses adeptes qui considèrent le phréno-glottisme comm le résultat de l'hypertrophie du thymus, constituant l'*asthme thymique*, pen sent que cette hypertrophie existe toujours. C'est une erreur. Hirsch a v périr un enfant de cette maladie sans trouver l'hypertrophie du thymus, et en fut de même cinq fois sur six chez les enfants observés par M. Hérard. D plus, dans l'état normal, Haller, Meckel, Burdach et M. Hérard ont vu be nombre de cas d'hypertrophie du thymus sans accidents convulsifs de la glott Il en résulte que le thymus n'est pas hypertrophié dans tous les cas de phrén glottisme, tandis qu'il est au contraire atteint d'hypertrophie chez des enfan très sains; donc l'hypertrophie du thymus n'est pour rien dans la maladi que je viens de décrire.

D'autres médecins, qui ont trouvé chez plusieurs enfants l'hypertrophie la tuberculisation des glandes du cou, se sont imaginé d'en faire la cause d phréno-glottisme. Mais, pour une fois par hasard que ces deux choses se trou veront réunies, on les rencontrera cent fois isolées l'une de l'autre, c 'établit suffisamment leur indépendance réciproque.

On a aussi rencontré très souvent la persistance incomplète tal avec le phréno-glottisme et les convulsions phréno-glo

spasme isolé du larynx, ou spasme isolé du diaphragme, auquel cas ce ne serait plus un spasme de la glotte, ou enfin lorsqu'il y a spasme simultané du larynx et du diaphragme. Ces distinctions ne sont pas davantage admissibles, car en lisant les observations mêmes de M. Hérard, on voit que le double spasme ou la double convulsion a existé en même temps chez tous ses malades.

Le phréno-glottisme, c'est-à-dire la disposition aux convulsions phréno-glottiques, dure de quelques heures à quelques jours et quelques mois. Des enfants ont plusieurs attaques et guérissent; chez d'autres, les attaques se renouvellent plus ou moins fréquemment, pendant assez longtemps, sous l'influence des causes que nous avons énumérées précédemment, et finissent aussi par disparaître. Alors les attaques sont plus éloignées et les accès successivement moins violents. Les maladies aiguës intercurrentes les font cesser rapidement, absolument comme dans la coqueluche.

Un certain nombre d'enfants meurent de ces convulsions phréno-glottiques, et je crois, avec M. Hérard, qu'il faut rapporter la mort à l'une des trois causes suivantes : 1° à l'asphyxie qui résulte de l'occlusion trop prolongée de la glotte; 2° aux lésions cérébrales telles que la congestion du cerveau et l'hémorrhagie méningée, ou à l'ébranlement du tissu nerveux lui-même; 3° enfin, à l'épuisement des forces. Dans ce dernier cas la mort est lente, et résulte des troubles profonds survenus dans l'hématose et consécutivement dans les autres fonctions.

Diagnostic.

Le diagnostic du phréno-glottisme et des convulsions phréno-glottiques est quelquefois embarrassant. Il est souvent assez difficile de les distinguer des convulsions isolées du larynx ou des bronches qui forment la laryngite striduleuse. Voici, d'ailleurs, en quelques mots, la caractéristique de ces différentes maladies convulsives.

Dans la laryngite striduleuse ou faux croup, il y a une toux rauque, sonore, sifflante et sèche qui revient par quintes et menace l'enfant de suffocation.

Dans le phréno-glottisme, absence momentanée de respiration, suivie d'une inspiration bruyante, comme un hoquet, menace d'asphyxie, pas de toux. Ici, encore, il y a à la fin de l'accès des contractures dans les doigts qui n'existent pas dans le faux croup.

Quelques autres maladies pourraient encore être confondues avec le phréno-glottisme : ce sont la coqueluche et l'œdème de la glotte; mais la coqueluche est caractérisée par une toux convulsive et des quintes de toux séparées par de longues inspirations sonores et sifflantes, connues sous le nom de *reprise;* cette toux et cette reprise ne ressemblent en rien à la suffocation ni au hoquet du phréno-glottisme. Quant à l'œdème de la glotte, il n'y a pas lieu de se méprendre à son égard, il n'existe pas chez les jeunes enfants, ou du moins il est extrêmement rare.

succombé depuis quelques secondes aux effets de l'asphyxie, il ne faut encore l'abandonner. La mort peut n'être qu'apparente, de faibles con tions et quelques bruits éloignés existent peut-être encore à la régio cœur; il faut aussitôt pratiquer la respiration artificielle, et quelque comme Marsch et Gunther, on sera assez heureux pour réussir.

En dehors des attaques, le traitement est un peu différent; les en doivent être maintenus dans le plus grand calme, loin de toute excitati à l'abri de toute contrariété Il faut les laisser manger selon leur appétit n'y a point de complications fébriles. Il faut, en outre, veiller à la libert ventre et la provoquer de temps à autre par de légers purgatifs. En c dentition difficile et douloureuse, il faut avoir soin d'examiner l'état des cives, et si quelque dent paraît près de percer, on devra faciliter sa sortie l'incision ou l'excision gingivale.

Des bains tièdes avec l'eau de son, l'eau de tilleul, des bains aromati souvent répétés, à une température moyenne, 26° centigrades, doivent donnés tous les jours et continués pendant longtemps.

Pour éviter le retour des attaques convulsives, il faut changer l'air que pirent les enfants et les envoyer à la campagne. Il en est de même ici dans la coqueluche. Des enfants atteints de phréno-glottisme sont portés campagne, et aussitôt les attaques convulsives disparaissent. On les ramè la ville, les attaques reviennent pour disparaître encore, si l'enfant est de veau renvoyé à la campagne.

Tous les narcotiques et antispasmodiques connus ont été employés co cette maladie : l'opium, la morphine par la méthode endermique, la poi de belladone, de 1 à 5 centigrammes, la teinture de belladone par goutt jusquiame, la poudre et l'extrait de valériane, la digitale, mais c'est un rem dangereux; le sulfate de quinine, fort difficile à employer, si ce n'est en l ments; l'eau de laurier-cerise, à petites doses croissantes; l'asa fœtida lavements; l'oxyde de zinc, à 5 centigrammes toutes les deux heures; l'hy cyanate de zinc, de 2 à 5 centigrammes toutes les six heures; la teintur chanvre indien, si utile dans le tétanos, 5 à 6 gouttes et plus toutes les heu en augmentant graduellement jusqu'à résolution des spasmes. Elsässer, attribue le phréno-glottisme (asthme laryngien des enfants) au ramollisse de l'occipital, fait prendre au contraire une poudre calcaire susceptible raffermir ces os ramollis, et conseille de donner quatre fois par jour aux fants une pincée de phosphate de chaux.

C'est un fait malheureusement trop bien établi que la gravité extrême spasme de la glotte chez les enfants; la moitié au moins de ceux qui en s atteints y succombe. Aussi serait-il bien désirable que l'expérience ultéri vînt confirmer les résultats remarquables que M. Salathé dit avoir obtenu l'administration du musc. Grâce au musc, dit ce médecin, la guérison la règle, la mort une exception, puisque, sur 24 malades, il n'a e regretter que 2 cas de mort. De ces 24 enfants, il y en a eu 17 chez lesq

la maladie a été enrayée, et guérie après quelques jours de traitement; chez les 7 autres, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles il lutta avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'asa fœtida et le calomel à doses fractionnées.

Voici des exemples qui pourront donner une idée du mode d'administration suivi par M. Salathé :

Observation I. — Un enfant de deux ans, atteint de spasme de la glotte depuis près d'un an, avait jusqu'à vingt et trente attaques par jour, dont un bon nombre avec des convulsions généralisées. On prescrivit 0,10 de musc, en seize paquets, dont quatre à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient très rares et faibles. La dose terminée, on en donne une autre, égale à deux paquets seulement par jour, et une guérison complète fut le résultat de cette médication.

Observation II. — Un enfant de neuf mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à six fois en douze heures, fut amené le 8 décembre à M. Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique et fit la prescription suivante : musc, 0,05; potion gommeuse, 80 grammes, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

Le 9 décembre, quatre accès faibles. — Continuation du médicament.

Du 9 au 10, plus d'accès. L'enfant prend le reste de la potion.

Quelques médecins ont sérieusement proposé la trachéotomie au moment de l'accès, lorsque la suffocation est imminente; mais ils ne l'ont jamais pratiquée, heureusement pour leur honneur. D'autres, guidés par de fausses idées sur la nature de la maladie, et la croyant occasionnée par l'hypertrophie du thymus, ont conseillé l'extirpation de cette glande; de plus sages, également convaincus de l'action du thymus dans le phréno-glottisme, se sont contentés de provoquer son atrophie, les uns par le sevrage, la diète et les sangsues tous les quatre jours; les autres, parmi lesquels se trouvent Kopp et ses partisans, au moyen de l'iode, de l'iodure de potassium, de l'éponge brûlée, de l'huile de foie de morue, du calomel, etc.

Aphorismes.

57. De courts accès de suffocation et d'asphyxie, brusques et apyrétiques, terminés par un petit hoquet très aigu, annoncent les convulsions phréno-glottiques.

58. Le phréno-glottisme cesse très souvent sous l'influence d'une maladie intercurrente.

59. Le phréno-glottisme guérit par le déplacement et par le transport des enfants à la campagne.

60. Le phréno-glottisme suivi de convulsions générales est une maladie mortelle.

CHAPITRE XIII.

DU TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS.

Le tétanos des nouveau-nés a été quelquefois décrit sous le nom de *tr des nouveau-nés* et d'*éclampsie tétaniforme*. C'est une névrose caract par la convulsion tonique des muscles du thorax et des membres, acc gnée de la roideur des mâchoires et du tronc.

Le tétanos des nouveau-nés est très rare à Paris; il est au contraire commun en Amérique et dans quelques localités de l'Europe, à Saint-P bourg, à Stockholm, à Copenhague, à Vienne et dans le sud de l'Allen On le dit assez fréquent à Alger, dans les temps variables, et sous la for *trismus* chez les enfants des Européens en travail de dentition. Il se dév aussi sous l'influence de la compression du corps par un maillot trop à la suite de la rétention du méconium et de la constipation. James assure qu'en Amérique une cause très fréquente du tétanos chez les e des nègres, c'est l'action de la fumée de bois vert qui remplit leurs c dépourvues de cheminées. Ailleurs, il succède à la chute du cordon, résulte de sa ligature et de l'inflammation de la veine ombilicale; chez tres, c'est à la suite d'une hémorrhagie méningée ou rachidienne en de la dure-mère qu'il se montre. Toutefois on peut se demander ici si l chement de sang ne serait pas un effet de la maladie au lieu d'en être la et s'il ne pourrait pas résulter de la congestion sanguine des tissus par de la convulsion tétanique des muscles du rachis.

Chez d'autres enfants, nulle cause appréciable ne peut être inv comme favorisant la production du tétanos. Il se montre tout à coup manière épidémique sur un grand nombre d'enfants à la fois, ainsi que U wood et Cederchsjoeld l'ont vu plusieurs fois, le premier à Londres, et l à Stockholm. C'est une disposition générale inconnue de l'air atmosphé qui favorise son développement.

Sous l'influence de ces différentes causes, la maladie se déclare du si au neuvième jour après la naissance, d'après Evans et Underwood, mais quefois dès le premier jour de la vie et jusqu'à la fin de la première au plus tard. Elle est *idiopathique* ou *symptomatique;* mais dans l'un e l'autre cas, les symptômes sont à peu de chose près les mêmes.

Les enfants sont inquiets, dorment mal et se réveillent en sursaut. I des frayeurs nocturnes, et crient un peu à la manière des hydrocépha poussant un petit cri aigu et unique. Ils veulent teter et se retirent d après avoir pris le mamelon. Ils ont des nausées, des vomissements fréq et souvent un peu de diarrhée.

Au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, le *trismus* se m d'abord intermittent, puis continu; les mâchoires et la langue sont roid succion est impossible, et bientôt la roideur gagne les muscles du cou, d

et des membres. Les mains se fléchissent, les doigts se contractent et les orteils se recourbent solidement sur la plante des pieds. Il en résulte un *opisthotonos* plus ou moins prononcé, qui permet de soulever l'enfant comme une barre, en le prenant par une de ses extrémités.

L'opisthotonos existe quelquefois seul, sans secousses tétaniques, et l'enfant pâle, abattu, poussant quelques cris isolés, reste immobile; ailleurs, cette roideur du corps est interrompue par des secousses convulsives cloniques d'une force plus grande qui se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés. A chaque secousse, l'enfant se roidit et s'élance au-dessus du plan de son lit; il pousse des cris; sa face rougit et gonfle; ses yeux s'injectent; la langue se meurtrit et de l'écume blanche apparaît à la bouche. Le moindre bruit, un simple contact, ou l'action brusque de la lumière, la présence des boissons, provoquent de nouvelles secousses toujours très douloureuses.

L'ictère accompagne presque toujours le tétanos des nouveau-nés; chez d'autres, on a observé comme complication le sclérème, le ténia, etc. M. le docteur Moussaud, de Mauzé sur le Mignon (Deux-Sèvres), a observé au sixième jour une éruption cutanée de roséole qui a disparu au bout de quarante-huit heures.

Observation I. — L. Mangon (de Mauzé), né à terme le 22 avril 1853, offre pendant la première semaine toutes les apparences d'une bonne santé et prend avec avidité le sein de sa mère. Au septième jour, chute du cordon ombilical sans aucune apparence de rougeur ni d'inflammation. La mère, dont l'accouchement et les suites de couches ont été heureux, jouit d'une parfaite santé.

Le 30 avril et le 1er mai, l'enfant tette moins bien; le mamelon, qui du reste est volumineux, est saisi avec peine.

Le 2, cette difficulté augmente, et l'enfant refuse obstinément le sein.

Le 3, appelé près du petit malade, je constate l'état suivant:

Trismus prononcé; il faut une force considérable pour écarter les mâchoires, et lorsque le doigt est introduit, il est pressé avec beaucoup d'énergie par l'enfant. Le trismus cesse de temps en temps, au moment où l'enfant crie, et dans cet instant on peut examiner la cavité buccale, qui n'offre dans sa couleur et sa texture rien d'anormal. Lorsqu'on présente un peu de lait coupé, il est ingéré avec facilité. Le cri est fort, le facies calme, la respiration normale. Le ventre est sensible et un peu météorisé; on remarque à des intervalles égaux des mouvements spasmodiques dans les bras; fixité très prononcée du regard. — Lait coupé, lavements émollients, cataplasmes sur le ventre, frictions avec une flanelle sèche sur la colonne vertébrale.

Les 4 et 5, mêmes symptômes et même traitement.

Le 6, même état; le cri continue à être fort, la déglutition se fait passablement. On remarque sur le ventre, aux mains, au cou, une éruption ayant l'aspect d'une roséole; cette éruption a disparu après deux ou trois jours.

Les 7 et 8, roideur prononcée de la jambe et de la cuisse gauches; inflexion du rachis. L'enfant est penché sur le côté gauche d'une manière à peu près constante. Trismus presque continu; l'enfant ingère cependant de temps en temps un peu de lait coupé. Le cri est moins fort. — On ajoute quelques gouttes d'éther aux lavements.

Le 9, l'état s'aggrave, et l'enfant succombe le 10 au matin.

Pendant les trois ou quatre derniers jours, l'enfant a été pris de sueurs assez fréquentes à la tête et sur diverses parties du corps.

La femme Mangon, au quatrième mois de sa grossesse, a été atteinte d'une légère affection typhoïde, mais elle est entrée en convalescence au quinzième jour, et nous ne pensons pas que cette circonstance puisse être prise en considération pour l'étiologie de la maladie de cet enfant, sur laquelle rien de précis ne peut être indiqué.

On ne sut pas s'il existait des lésions dans les centres nerveux, l'autopsie n'ayant pas été faite (1).

La maladie dure de trois à quatre jours, mais après douze ou vingt-quatre heures les convulsions cessent et l'enfant tombe dans le collapsus. Son corps est amaigri, sa face altérée, bleuâtre, froide comme les extrémités des pieds et des mains. La respiration est pénible, entrecoupée, stertoreuse, le pouls absent, et les battements du cœur à peine appréciables à l'oreille; la faiblesse est excessive et la mort vient presque toujours terminer ces accidents. Chez quelques enfants il s'établit dans les dernières heures une sorte de réaction fébrile vers la tête, qui devient brûlante, tandis que les extrémités restent froides, mais la terminaison reste la même et n'est pas retardée.

Dans un cas que Underwood cite comme très rare et unique, le tétanos s'est prolongé bien au delà du troisième jour et a duré six semaines avant d'amener la mort.

Chez les enfants qui succombent, l'autopsie fait connaître certaines lésions des centres nerveux qui auraient une grande importance si elles existaient d'une manière constante et qui ont été vues par M. Matuszynski dans un assez grand nombre de sujets. Ces lésions ne font pas connaître absolument la cause du tétanos. Elles n'en sont peut-être qu'un effet causé par la congestion sanguine qui accompagne la roideur tétanique; mais enfin telles que sont ces recherches, il faut en tenir un compte sérieux.

M. Matuszynski a constaté la coloration jaune sale de la peau, de *nombreuses ecchymoses* sur le tronc et aux extrémités, une large auréole verte bleuâtre autour de l'ombilic et quelquefois des vésicules sur le cou, le thorax et l'abdomen. Il a vu des *épanchements de sang* à divers degrés dans la pie-mère cérébrale, dans les ventricules et dans les plexus choroïdes, avec une *injection considérable* des méninges. Il a vu aussi l'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne et l'épanchement séreux ventriculaire, accompagné de la diminution de consistance du cerveau. Quelquefois le cerveau lui a paru induré alors qu'il y avait un entier ramollissement du cervelet.

Cet observateur a également indiqué la présence très fréquente d'un *épanchement sanguin dans le canal vertébral en dehors de la dure-mère rachidienne*, épanchement plus marqué à la région cervicale, accompagné de l'*injection de la pie-mère rachidienne*, de l'*injection de la moelle* et quelquefois du ramollissement de cet organe.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 26 mai 1853.

D'autres observateurs, MM. Lévy et Thore, ont aussi noté plusieurs fois la présence de l'épanchement du sang en dehors de la dure-mère, et l'injection de tous les tissus y compris celle des centres nerveux. On pourrait donc croire que la compression du cerveau et de la moelle par une hémorrhagie est la cause la plus fréquente du tétanos des nouveau-nés, mais malheureusement cette liaison n'est pas constante, et dans plusieurs cas, observés par MM. Matuszynski, Lévy et Thore, cette lésion n'a pas été rencontrée. Elle n'est donc pas la cause anatomique du tétanos; mais, si l'on réfléchit que cette hémorrhagie, quand elle existe, n'est pas bornée aux centres nerveux et qu'on l'observe aussi dans les autres tissus, dans les interstices musculaires et dans la peau, sous forme d'ecchymoses, on peut se demander si elle n'est pas consécutive, et en un mot si elle n'est pas le résultat du tétanos. Cela serait possible, et la gêne apportée aux fonctions respiratoires et circulatoires par les contractions et les secousses tétaniques expliquerait alors tout naturellement les suffusions sanguines, observées au milieu des tissus et en dehors de la dure-mère rachidienne. Cette manière de voir me semble, quant à présent, la mieux justifiée par l'observation.

Quoi qu'il en soit, le pronostic du tétanos des nouveau-nés est très grave. C'est une affection meurtrière qui emporte la plupart des enfants qu'elle atteint. On cite à peine quelques cas de guérison sur un très grand nombre de malades. A Stockholm, sur quarante-quatre enfants affectés, dit Cederchsjoeld, quarante-deux ont péri. Il en est à peu près ainsi partout. Cependant, comme plusieurs médecins, et en particulier MM. O'Shaughnessy, O'Brien et Miller, disent avoir réussi dans le tétanos des adultes par un moyen particulier de traitement que j'exposerai plus loin, on peut espérer qu'il en sera peut-être un jour de même pour les nouveau-nés devenus tétaniques. Il faut attendre de nouveaux faits. Quand les enfants succombent, la mort survient ordinairement en deux ou trois jours, et c'est par exception qu'elle se fait plus longtemps attendre. Une fois Underwood l'a vue survenir au bout de six semaines.

Traitement.

Il faut d'abord nourrir les enfants avec du lait extrait des mamelles de la mère, ou avec du lait de vache donné à la cuiller et en quantité abondante tout le temps que l'enfant sera malade. — Cette conduite est de la plus haute importance.

Les remèdes à opposer au tétanos sont les bains chauds prolongés, les fomentations narcotiques sur les parties contracturées, les frictions avec l'huile camphrée, les vésicatoires derrière les oreilles, le calomel en cas de constipation, l'asa fœtida en lavement, la teinture d'opium ou la morphine et la liqueur d'Hoffmann à doses faibles et croissantes, la teinture de chanvre indien employée par O'Shaughnessy, O'Brien, Miller, et qui chez l'adulte a produit la guérison de dix ou douze cas de tétanos traumatique, à la dose de 60 à

80 gouttes toutes les heures. On pourrait, chez l'enfant, commencer 5 gouttes toutes les heures le premier jour, puis 10 gouttes le lendemain, et continuer jusqu'à production du sommeil. Cette teinture de chanvre indien doit être préparée avec 3 à 5 grammes d'extrait pour 30 grammes d'alcool, ce qui fait 10 centigrammes à peu près dans 1 gramme de teinture.

Voici deux observations intéressantes, publiées par le docteur P. C. Gaillard, et où l'on peut apprécier les avantages de cette médication. — Dans un cas la teinture de chanvre indien a été associée à du sirop de cerises sauvages, et dans l'autre à de l'eau camphrée. Le médicament a été administré à très haute dose, sans produire aucun phénomène de narcotisme.

Observation II. — *Trismus d'un nouveau-né guéri par l'emploi du cannabis indica.* — Rachaël, négresse de trente-huit ans, de bonne constitution, est accouchée, le samedi 23 juillet 1853, de son onzième enfant. Le cordon tombe le sixième jour, et l'enfant, beau et robuste garçon, se porte fort bien jusqu'au 2 août. Vers le soir, on le trouve triste; il tette avec peine. Pendant la nuit, il ne peut plus prendre le sein, et les paroxysmes du spasme deviennent évidents. Je le vois le lendemain 3 août.

L'enfant repose sur les genoux de sa mère. Il suffit d'introduire une cuiller, le petit doigt dans la bouche, ou de souffler sur sa figure, pour déterminer les paroxysmes du spasme. Pendant le paroxysme, les muscles de la face étaient assez contractés pour produire l'expression caractéristique; les lèvres sont proéminentes, les mâchoires immobiles et nettement séparées; la langue, portée en avant, occupe l'espace étroit qui existe entre les deux mâchoires; le nez est comprimé, le front ridé longitudinalement, et l'enfant pousse ce cri plaintif si particulier à l'affection. Les muscles du dos et des bras sont rigides, et les doigts fortement crispés sur la face palmaire de la main.

Pas d'inflammation autour du nombril. A l'examen de la tête, on voyait que l'occipital et les pariétaux étaient dans leurs positions normales. L'enfant éprouvait de grandes difficultés pour avaler.

Traitement. — Nourrir constamment l'enfant avec du lait extrait de la mamelle de sa mère et versé dans sa bouche. Larges cataplasmes chauds sur l'abdomen; deux fois le jour un bain chaud, et de deux en deux heures une cuillerée de la mixture suivante:

Teinture de cannabis indica.....	8	grammes.
Eau camphrée.....	60	—

Le 4 août, pas de changement.

Le 5, les convulsions sont plus fréquentes et plus sérieuses. — Prendre la mixture toutes les heures et demie.

Le 6 et le 7, pas de mieux. — Même traitement.

Le 8, j'augmente la dose: 8 grammes de teinture de cannabis indica et 60 grammes d'eau camphrée, toutes les heures une cuillerée.

Le 9, la mère me dit que son enfant avait un peu teté deux fois lorsqu'elle lui vait introduit le mamelon dans la bouche. Cependant les spasmes de plusieurs muscles existent encore, et, c'est avec la plus grande difficulté et en employant une force considérable que je parviens à étendre ses doigts toujours crispés.

Le 10, l'enfant prit plus librement au moyen d'une cuiller.

Le 11, les convulsions sont moins fréquentes, moins sérieuses; la rigidité disparaît, l'enfant tette deux fois. Le mieux continue progressivement.

Le 21, peu de spasmes ; l'enfant prend bien le sein quand on le lui présente.

Le 24, sa mère me dit que depuis vingt-quatre heures il n'a pas eu de convulsions et qu'on peut facilement l'allaiter.

Depuis le 16, j'avais graduellement augmenté la dose du médicament, et je continuai à lui donner trois doses par jour quelque temps après sa guérison.

Le 1er octobre, l'enfant n'avait pas eu de nouvelle attaque.

Observation III (*recueillie par M. H.-W. de Saussure, M.-D.*). — Prisulla, négresse forte et bien portante, âgée de vingt-six ans, mit au monde son troisième enfant le 13 mars 1853. C'est un très beau garçon. Le cordon tombe le cinquième jour ; le septième, on remarque que l'enfant est triste, que sa figure est verdâtre ; ses selles sont liquides. La nuit du huitième jour, il est triste, sans sommeil, incapable de se remuer, malgré les désirs qu'il paraît avoir de changer de position.

Je le vis le matin du neuvième jour (22 mars), et je pus constater l'état suivant :

Les traits contracturés, front ridé, les muscles du cou et du dos roidis, bras et jambes fléchis avec force, doigts crispés. Les mâchoires ne sont pas entièrement serrées ; le petit doigt peut, avec un faible effort, s'introduire dans la bouche. La déglutition est possible, mais l'enfant ne peut teter. Le nombril n'est pas complètement guéri, mais l'ulcération qui suit la chute du cordon a un bon aspect. — Placer l'enfant dans un bain chaud ; un large cataplasme sur le ventre, et toutes les deux heures lui administrer une cuillerée de la potion suivante :

Teinture de cannabis indica.....	8	grammes.
Sirop de cerises sauvages.....	60	—

Lui donner souvent par cuillerées du lait de sa mère.

Le 22, aggravation de tous les symptômes. Les mâchoires sont si serrées, qu'on ne peut qu'avec difficulté introduire une cuiller dans sa bouche. Déglutition très difficile ; bras, jambes et mains plus violemment fléchis. Opisthotonos à un grand degré ; le moindre mouvement, un peu de vent sur le visage de l'enfant, la sensation d'un doigt sur les lèvres, suffisent pour déterminer des convulsions et ce cri plaintif symptôme de ce tétanos. La tête est examinée avec soin ; aucune dépression de l'occipital. — Même traitement : une cuillerée de mixture chaque heure.

Du 24 au 28, le mal va en augmentant, au point qu'il semble impossible que l'enfant surmonte de pareilles secousses. La potion et le lait ne sont avalés qu'avec peine. — Tout le traitement général est abandonné. J'ordonne une dose de teinture de cannabis indica toutes les demi-heures, et autant de lait que l'enfant en pourra avaler.

Les 28, 29, 30 et 31, l'enfant prend 32 grammes de teinture de cannabis indica toutes les vingt-quatre heures.

Le 1er avril, les symptômes de l'amendement sont visibles. Spasmes moins fréquents et moins facilement excités ; moins de rigidité dans les membres ; la déglutition a lieu plus aisément. Le mal cède lentement, mais graduellement, et le 10 avril notre petit malade, qui aujourd'hui est très bien portant, entrait en pleine convalescence.

En voici un autre exemple relatif à un enfant de neuf ans.

Observation IV. — Le sujet, vigoureuse enfant de neuf ans, fut atteint subitement, le 9 avril au matin, de roideur du bras et de la jambe droits, avec douleur localisée particulièrement dans le bras. A ma première visite, le bras et la jambe

étaient roides, la main fléchie sur l'avant-bras, le genou demi-fléchi, le pied droit tourné en dedans ; pouls à 80, assez mou ; langue blanche, ventre libre. La malade avait l'air gai, et n'éprouvait aucune difficulté à ouvrir la bouche.

En la questionnant, j'appris qu'un mois auparavant elle avait fait une chute et s'était coupée au poignet droit avec des fragments de verre ; la plaie avait guéri très vite ; aucun symptôme fâcheux ne s'était produit, lorsque, peu de jours avant son entrée, elle se plaignit de douleurs lombaires, sans cependant ressentir la moindre gêne dans la cicatrice.

Cette cicatrice, irrégulière et de forme triangulaire, existait au bord cubital du poignet droit, au-dessus du tendon du muscle cubital antérieur.

Je prescrivis un purgatif, et je la trouvai mieux le lendemain. Jusqu'au cinquième jour, il y eut peu de modification dans son état ; alors seulement on s'aperçut de la gêne qu'elle éprouvait à ouvrir la bouche. Le sixième jour, les symptômes étaient bien caractérisés. Elle avait des attaques répétées d'opisthotonos ; pouls fréquent, dépressible ; face grippée ; ouverture de la bouche incomplète et très difficile.

J'appelai en consultation le docteur Young, médecin de la colonie, qui voulut bien m'aider de ses conseils et me prêter son concours, et nous nous arrêtâmes à l'administration du *cannabis indica*.

La dose fut d'abord d'un demi-grain, et on la porta à deux grains par heure jusqu'à ce que le narcotisme fût produit. On donna pour régime un potage nourrissant, du vin, de l'arrow-root. Les symptômes ne tardèrent pas à s'amender sous l'influence de ce médicament, qui fut continué en doses successives, variant de 4 à 18 grains par jour. L'enfant était ainsi maintenue dans un narcotisme presque permanent. Les spasmes tétaniques devinrent de moins en moins intenses. Après douze jours, on arrêta la médication ; l'enfant allait bien, les symptômes généraux avaient disparu, il ne restait plus qu'un peu de roideur du bras, qui se dissipa aussi huit ou dix jours après.

Le médicament fut administré sous forme d'extrait alcoolique étendu d'eau ; son action est celle d'un sédatif direct, il produit peu de surexcitation, et jamais de constipation.

Quoiqu'il ne soit pas possible de tirer des conclusions d'un cas unique, cependant, dans le cas spécial, la cessation prompte des spasmes tétaniques, après son administration, nous engage à étudier avec soin les effets de ce médicament (1).

CHAPITRE XIV.

DE LA CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS.

La contracture des extrémités est une maladie convulsive toute particulière, caractérisée par la rétraction tonique fugitive ou permanente des doigts ou des membres chez les enfants. Elle existe comme névrose, et c'est une sorte de tétanos local. C'est une contraction musculaire partielle, purement dynamique et sans lésion primitive du tissu des muscles rétractés. Elle a été décrite pour la première fois chez l'adulte par Dance, depuis par Delaberge, Delpech, Lambert-Gourbeyre, Corvisart, qui lui a donné le nouveau nom de *tétanie*, et chez les enfants par le docteur Tonnelé, Barthez, Rabaud, etc. On la rencontre à l'état *sporadique* ou *épidémique*.

(1) *Edinburgh med. Journal*, avril 1858.

L'Allemagne en 1717, la Belgique en 1846, et Paris en 1855, ont été parcourus par une épidémie de cette nature. Cette dernière, qui a sévi également sur l'âge adulte et sur les enfants, a donné lieu à quelques remarques intéressantes de la part de MM. Aran et Barthez. Au même instant, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces malades, et voici le résultat de mes observations.

D'abord il ne faut pas la confondre avec la contracture essentielle des extrémités, cette contracture symptomatique d'une lésion organique du cerveau, d'une inflammation aiguë ou chronique des méninges, ou d'une altération des troncs nerveux et des parties constituantes d'un membre, qui n'est plus qu'un symptôme de ces désorganisations, et ne constitue qu'un phénomène accessoire de la maladie principale.

Je ne parlerai donc que de la *contracture essentielle des extrémités.*

Cette contracture, non accompagnée de fièvre, sporadique ou épidémique, est *idiopathique* ou *sympathique*, c'est-à-dire qu'elle se montre en dehors de toute coïncidence morbide, ou, au contraire, pendant la durée de certains troubles organiques dont elle peut être la conséquence. Au nombre de ces troubles, je mentionnerai les vers intestinaux, la convalescence des maladies aiguës, etc.

Causes.

La contracture des extrémités est une névrose convulsive de l'enfance, qu'on observe cependant quelquefois chez l'adulte, comme je l'ai vu si souvent dans la convalescence du choléra, quand les malades sont déjà tout à fait guéris, et comme cela résulte des observations de Delaberge, d'Imbert, de Delpech et de Corvisart sur les femmes enceintes ou récemment accouchées, sur des convalescents de fièvre typhoïde, de typhus, de dysenterie et d'autres maladies graves. Mais c'est surtout une maladie de la première enfance. Elle est plus commune dans les trois premières années de la vie que dans toute la période qui sépare cet âge de la puberté, et elle se montre à l'état *sporadique* ou *épidémique*. Elle s'observe plus souvent chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants nés de parents nerveux, irritables, atteints eux-mêmes de névroses, ou en ayant eu dans leur enfance. Murdoch a vu deux enfants de la même famille atteints de contracture. Elle se développe en hiver et sous l'influence du froid, ce qui indique sa parenté avec le rhumatisme. Elle a des alternatives nombreuses, elle existe par moments et disparaît; elle récidive même après être assez longtemps restée absente pour qu'on ait cru à sa guérison. Enfin, dans les cas où elle constitue une névrose sympathique, c'est pendant le travail de la dentition, chez des sujets atteints de vers intestinaux, de convulsions essentielles, de phréno-glottisme, ou convalescents du choléra, de la rougeole, et de différentes maladies aiguës de l'enfance, qu'elle se développe.

C'est une névrose rhumatismale occupant un ou plusieurs muscles fléchisseurs des membres de manière à déterminer leur contracture tonique et spas-

modique. C'est une rétraction myogénique qu'on peut opposer à la paraly myogénique dont j'ai tracé le tableau. La maladie occupe également quelqu muscles isolés des membres, soit les fléchisseurs, soit leurs extenseurs, ce qu permet de faire entre ces deux affections des rapprochements fort curieux.

Symptômes.

La contracture des extrémités, ou la rétraction spasmodique des musc des membres, peut être continue ou intermittente. Elle commence ordinair ment par l'intermittence, elle est d'abord passagère, fugitive, et c'est au bo de plusieurs semaines seulement qu'elle devient continue et reste permanen Quand elle est intermittente, elle revient sous forme d'accès plus ou moi douloureux, fréquents et prolongés. J'ai eu dans mon service à l'hôpital d enfants (Sainte-Eugénie) une petite fille qui avait six à huit accès quotidi de contracture des doigts et des orteils, lesquels duraient une demi-heu venaient le jour et la nuit, durant le sommeil qui en était fortement troub et qui disparaissaient sans laisser de traces, en laissant l'usage complet d mouvements.

La rétraction spasmodique des muscles des membres existe ordinairem seule, mais elle peut être accompagnée de tremblement du membre affe comme je l'ai vu sur le bras et l'avant-bras gauche d'une jeune fille pl dans mon service d'hôpital, et qui n'avait qu'une simple contracture de l'in et du pouce.

Cette maladie débute par un ou par les deux membres supérieurs, et les doigts, où elle peut rester limitée. Elle s'étend quelquefois aux poig aux coudes, et se manifeste aussi aux orteils de l'un ou des deux mem inférieurs, puis gagne les pieds qui sont portés fortement en arrière, les noux, et très rarement la hanche. Dans ce cas, le mal, amenant la flexion cuisse sur le bassin, simule parfaitement une coxalgie. — La contractu montre quelquefois au cou et forme le torticolis spasmodique, qu'il ne fau confondre avec celui que détermine une affection ganglionnaire ou vertéb J'ai vu en ville une jeune fille chez laquelle on croyait à une contracture e tielle et qui n'avait pas moins qu'une ostéite des vertèbres du cou.

Là où existe la contracture des extrémités, qu'elle soit bornée à quel muscles, à un seul membre, ou à un grand nombre de muscles sur plusi membres, il existe toujours de la douleur au début ; cela est surtout évi dans les contractures intermittentes et passagères. Plus tard, quand la cont ture est permanente, la douleur disparaît complétement. Cette douleur mente quand on veut redresser les parties contracturées.

La préhension des objets, la station et la marche, sont plus ou moins gê et empêchées, d'après le degré et l'étendue de la contracture des doigts, orteils et des pieds. Dans quelques cas, la marche est entièrement impos

Les parties rétractées, qui sont le siége de la contracture, n'offrent g ralement pas de modification extérieure appréciable aux sens. C'est par ex

tion qu'il y existe du gonflement, de l'œdème, et de l'ecchymose caractérisée par une teinte légèrement ardoisée. La petite fille dont je viens de parler, et que j'ai eue à l'hôpital, m'a présenté ce phénomène au pied droit. Le dos du pied, gonflé, douloureux, offrait une teinte bleuâtre, ecchymotique, évidemment due à l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire. Je ne serais pas éloigné de croire que dans la rétraction convulsive des muscles, l'effort et la pression exercée sur les vaisseaux ne puissent en quelques points rompre leurs tuniques et occasionner des hémorrhagies sous-cutanées. C'est du moins ce qui a eu lieu chez ma petite malade.

La contracture des extrémités existe toujours sans fièvre, à moins de complications spéciales, sans trouble de l'intelligence et des sens. Elle accompagne toujours les accès de phréno-glottisme ou spasme de la glotte.

La contracture des extrémités se termine par guérison, sauf récidives, ainsi que l'a indiqué Constant. Un enfant de quatre ans ayant eu une première attaque de contracture à l'âge d'un an, en eut trois nouvelles attaques à quatre ans dans l'espace de trois mois. Elle passe quelquefois à l'état chronique, devient permanente et définitive. Elle s'accompagne alors de paralysie, d'atrophie et de dégénérescence graisseuse des muscles, de difformités des surfaces articulaires et des articulations fléchies, ce qui est fort grave, en raison de la difformité extérieure qui en résulte.

Diagnostic.

La rétraction spasmodique des muscles, ou contracture essentielle, se distingue des contractures symptomatiques, par l'absence de phénomènes cérébraux, de troubles d'intelligence et des sens qui accompagnent cette espèce de contracture déterminée par une lésion du cerveau. Elle ne saurait être confondue avec le tétanos qui occupe les muscles de la gouttière vertébrale, et ceux de la mâchoire en cas de *trismus*. Elle peut être confondue avec la paralysie myogénique ou paralysie essentielle. En effet, un muscle extenseur étant paralysé, le membre est entraîné par le muscle fléchisseur opposant au premier, et il semble, à première vue, qu'il y ait contracture du membre lorsqu'il n'y a qu'une simple paralysie. Le moyen de distinguer cette contracture consiste à redresser le doigt ou le membre contracturé. S'il y a paralysie, le redressement se fait naturellement et sans résistance à vaincre ; dans le cas de contracture, il faut, au contraire, faire un assez grand effort pour donner à la partie la direction normale, et encore ne peut-on pas toujours y réussir.

Pronostic.

Les contractures essentielles, sans complication, n'offrent aucune gravité et ne mettent pas la vie en danger. Elles ne font jamais périr les enfants. Elles n'en constituent pas moins une maladie sérieuse, à cause des difformités qu'elles laissent à leur suite, et de la difficulté qu'il y a de les faire disparaître à l'aide des moyens thérapeutiques connus.

Traitement.

Une fois que le médecin a bien établi son diagnostic et qu'il est certain d'avoir à guérir une contracture essentielle, rhumatismale ou sympathique, ne se rattachant pas à une lésion du cerveau ou des parties constituantes du membre, il n'y a plus qu'à choisir les moyens thérapeutiques les plus convenables à opposer à la cause particulière spéciale de la contracture.

Si la maladie est rhumatismale, les *bains sulfureux* répétés, les *frictions de jusquiame* et de *belladone*, la belladone à l'intérieur, les moyens contentifs et bandages roulés inamovibles, les *inhalations de chloroforme*, rendront de grands services au praticien.

Si la contracture succède à une dentition laborieuse, il faut savoir attendre, ou extraire quelques dents mauvaises; en cas de spasme de la glotte ou phréno-glottisme, il faut envoyer les enfants à la campagne et les soumettre aux inhalations de chloroforme; s'il y a un ténia ou d'autres vers intestinaux, il faut les expulser au moyen de la *santonine* et du *calomel;* et enfin dans les convalescences du choléra ou des autres maladies aiguës, il faut chaque jour donner des *bains prolongés* aux enfants.

L'*oxyde de zinc*, uni à la belladone ou à la jusquiame; le *sulfate de quinine* par la bouche ou par lavement ont été employés et méritent de l'être. Ces divers agents thérapeutiques ont réussi à produire plusieurs guérisons.

On peut employer les *armures métalliques*, plaques de laiton, mises sur les quatre membres et autour du cou, ainsi que l'a proposé M. Burq. Bien des fois j'ai eu recours à ce moyen qui m'a très souvent réussi de la façon la plus surprenante et la plus rapide. L'action de ces plaques est sans doute la conséquence d'un faible courant électrique continu.

Enfin, en cas de difformité permanente causée par la rétraction musculaire, il faut faire la section sous-cutanée du tendon des muscles rétractés, d'après les règles établies par M. J. Guérin, et maintenir les parties redressées à l'aide d'appareils orthopédiques.

Aphorismes.

61. La contracture apyrétique des muscles dans les extrémités dépend d'une affection locale du système musculaire.

62. La contracture des extrémités qui est accompagnée de troubles nerveux sensoriels et de fièvre est symptomatique d'une maladie des centres nerveux.

63. La contracture qui succède à l'éclampsie a son siége dans les muscles.

64. La contracture des extrémités amène l'atrophie des muscles, la dégénérescence graisseuse de leur tissu et les difformités articulaires.

65. La contracture essentielle des extrémités disparaît très souvent en quelques heures sous l'influence des applications métalliques de plaques de laiton.

CHAPITRE XV.

DE LA CHORÉE, OU DANSE DE SAINT-GUY.

La chorée, ou danse de Saint-Guy, est une névrose convulsive caractérisée par des mouvements irréguliers permanents et involontaires des muscles de la vie de relation. C'est le type des *convulsions cloniques*.

Jamais cette névrose n'a été observée dans les muscles de la vie organique ou de nutrition, et ceux qui ont avancé ce fait ont émis une erreur.

La chorée n'est pas une maladie du premier âge et on ne l'observe que très rarement chez des enfants à la mamelle ; elle est au contraire assez commune dans la seconde enfance, et je vais la faire connaître d'après les observations que j'ai recueillies.

Fort anciennement décrite, signalée par Galien et ses successeurs, par Sydenham, Cullen, Mead, elle n'a pourtant été décrite avec soin qu'au commencement de ce siècle. Bouteille, à cette époque, publia une monographie qui est encore le travail le plus complet que nous possédions sur la matière. Depuis lors, MM. Rufz, Dufossé, Blache, Rilliet et Barthez, etc., ont publié d'excellents travaux sur cette maladie. Aussi est-elle aujourd'hui bien connue, et il n'y a plus que l'histoire des chorées anomales qui exige de nouvelles et plus complètes recherches.

Divisions.

Bouteille avait divisé la chorée en *essentielle*, *symptomatique* ou *secondaire*, et en *bâtarde* ou *anomale*. Ces divisions ont un peu vieilli et ne sont plus généralement adoptées. Les chorées symptomatiques, d'ailleurs, ne peuvent plus être considérées comme des chorées : elles résultent de maladies du cerveau, dont la symptomatologie est plus compliquée. — Il faut cependant admettre plusieurs espèces de chorées. Ce sont : la chorée *aiguë* ou *chronique*, *régulière* ou *anomale*, *irrégulière*, *partielle* ou *générale*.

La chorée ne s'observe presque jamais chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Baron ne l'a jamais vue aux Enfants trouvés pendant une pratique de plus de trente ans. Les seuls médecins qui aient vu la chorée dans le premier âge, sont : M. Michaud, qui dit en avoir vu un cas au moment de la naissance, et Constant, qui en a observé un exemple sur un enfant de 4 mois ; M. Bourdon en a vu un exemple que j'ai également observé et qui était relatif à un enfant de 5 mois. Ordinairement, la maladie se développe de 10 à 15 ans, depuis la seconde dentition jusqu'à la puberté. A l'âge adulte, elle est exceptionnellement primitive. M. Andral en rapporte cependant un cas à 42 ans, M. Bouteille un à 80 ans, et M. Rogé un chez un vieillard.

Cette maladie est beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et les relevés faits à cet égard établissent les proportions de cette fréquence relative à 2 sur 3.

La chorée se développe spontanément sans maladie antérieure et sans cause

[illegible] elle est [illegible] que la [illegible] l'enfance.

Le plus souvent elle est à l'état général de chorée-maladie que la chorée [illegible]. Le mal est quelquefois primitif, d'autres fois il est secondaire à l'apparition de la maladie. On ne s'explique pas pourquoi, sous l'influence de cette cause, cette maladie serait plus fréquente chez les filles que chez les garçons, car jusqu'à l'âge de la puberté l'état général, la constitution dans les deux sexes sont les mêmes.

Les maladies aiguës, la [illegible], mais que j'en ai signalé un exemple, les fièvres éruptives en commun, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., amènent pendant la convalescence un état chorétique, et c'est sans doute à ce titre qu'elles favorisent l'apparition des mouvements choréiques. Que le [illegible] est quelquefois [illegible], et [illegible], dit-on, de la présence de vers dans l'intestin, notamment des lombrics, mais cela est rare. J'en ai cependant observé quelques.

Enfin, la chorée succède fréquemment au rhumatisme musculaire ou articulaire aigu. Serait-elle donc due à l'influence rhumatismale. C'était l'opinion de Bouillaud. M. Sée a repoussé cette opinion. Il a généralisée, étendue, et a avancé que la chorée était de nature rhumatismale. Ses preuves sont de divers ordres. Dans cerains cas, les antécédents rhumatismales antérieures sont [illegible] chez [illegible] se développe pendant la chorée des rhumatismes [illegible] des [illegible], etc. Chez ceux qui n'ont pas offert de rhumatisme et dont l'autopsie a été faite, on a trouvé des adhérences des [illegible], de la plèvre, des taches [illegible] sur le péricarde, et M. Sée a établi un rapport entre ces anciennes pleurésies réputées rhumatismales et la chorée. Enfin, lorsque on ne trouve pas d'indices d'une affection rhumatismale chez les sujets chorétiques, on retrouve presque toujours l'origine de cette diathèse chez le père ou chez la mère du malade.

Cette argumentation est évidemment exagérée, et pour la combattre il suffit d'invoquer les faits assez nombreux de chorées développées sous l'influence d'une émotion morale vive. Une enfant devient subitement chorétique, parce qu'un homme la poursuit pour l'embrasser, une autre parce qu'elle entend tirer le canon, une autre parce qu'elle voit son jeune frère périr sous ses yeux dans le canal Saint-Martin. Ces exemples que j'ai observés ne se rattachent pas plus à la diathèse rhumatismale que ceux dans lesquels on voit un vermicide, en débarrassant les intestins d'un enfant des lombrics qu'il peut contenir, guérir une chorée. Aussi, après ces faits, concluons-nous que la chorée est une névrose pure et simple qui peut être *essentielle*, ou liée, soit au rhumatisme, soit à la chlorose, soit à une souffrance intestinale, vermineuse.

La chorée est généralement *sporadique* : cependant Hecker en a rapporté une *épidémie* en Allemagne, on en a signalé aussi une à Strasbourg : ces faits sont rares, mais on ne sait à quelles causes rattacher l'état général qui les a produits.

Elle est parfois *contagieuse*, mais l'épidémicité et la contagion de cette névrose ont quelque chose de particulier qui ne ressemble pas à la contagion et à l'épidémicité des fièvres au moyen des *virus*. C'est une contagion spéciale sur laquelle j'ai appelé l'attention dans ma Pathologie générale (1), à propos des *impressions névrosiques* en parlant de la *contagion nerveuse* et de l'imitation (2). Elle se fait par les émanations nerveuses morbifiques qui reproduisent sur les personnes soumises à leur influence la maladie du sujet qui les a fournies. Distinctes des impressions morales qui effrayent ou terrifient et produisent des convulsions, les impressions névrosiques produisent constamment la maladie correspondante à leur nature : ici la syncope, ailleurs l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation, le suicide, et chez quelques malades les convulsions, la chorée.

Anatomie pathologique.

La chorée entraîne-t-elle des lésions, des modifications matérielles appréciables? Dans les cas, rares d'ailleurs, où l'on a eu l'occasion de faire la nécropsie d'individus morts de chorée ou plus souvent de complications, on a trouvé des fausses membranes à la base du cerveau, des tubercules des méninges, une infiltration de sérosité dans la pie-mère ou dans les ventricules; enfin, des cysticerques du cerveau, comme je l'ai observé à l'hôpital Sainte-Eugénie. On a encore rencontré une hypertrophie de la substance corticale, un ramollissement de la substance cérébrale. A côté de ces faits, il y en a d'autres dans lesquels l'autopsie n'a rien fait découvrir. De son côté, l'anatomie pathologique comparée fournit quelques faits analogues. En effet, quelques animaux, les chiens et les chats, sont sujets à la chorée; et ici comme on pouvait sacrifier les individus à une époque quelconque de la maladie, les observations ont pu être complètes. Le résultat des nécropsies a toujours été négatif.

Enfin, chez quelques malades on trouve des traces anciennes ou récentes de pneumonie, de pleurésie ou de péricardite, mais ces lésions n'ont aucun rapport direct avec la chorée. Il est donc bien évident, par l'absence de lésions matérielles, par leur variété quand elles existent, et par l'inconstance de leurs rapports avec les désordres nerveux, que la nature de la maladie est une névrose.

Symptomatologie.

Les symptômes de cette névrose convulsive sont parfaitement caractérisés.

Le début est quelquefois brusque, et c'est d'une manière complétement inopinée que ces *convulsions cloniques*, passagères, apparaissent; d'autres fois, au contraire, l'apparition de la chorée est marquée par une certaine

(1) *Traité de pathologie générale et de sémiologie*, avec planches d'anatomie pathologique intercalées dans le texte. Paris, 1857, p. 143.

(2) Voyez aussi mon mémoire : *De la contagion nerveuse et de l'imitation* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861, t. XXVI).

exaltation morale, qui rend les enfants susceptibles, irritables et chagr une sorte d'excitation physique, et les membres, un peu douloureux. déjà une certaine incertitude dans les mouvements. Les enfants font maces involontaires : ils laissent souvent tomber ce qu'ils tiennent à l ils mangent salement, sans que les admonitions de leurs parents puis corriger.

Ce n'est qu'après quelques jours que l'on devine la nature de la Les muscles du visage et des membres sont affectés de convulsions cl La bouche se tord, les yeux se ferment et s'ouvrent involontairement est agité par des mouvements convulsifs. Les soubresauts des memb que les enfants jettent par-dessus leur épaule ou à leur figure les qu'ils dirigeaient vers leur bouche. Les membres inférieurs sont incer marche est difficile, les enfants fauchent, leurs jambes se croisent ; fois une jambe se dérobe, ils tombent, et leur chute est d'autant pl que les mouvements désordonnés du tronc et des membres supérie font perdre facilement l'équilibre.

La préhension est devenue difficile, quelquefois même impossible. objets tombent des mains avec la plus grande facilité. Les enfants ne manger ni boire ; ils avalent des bouchées entières, au risque de s'étc

La parole est embarrassée, saccadée ; la langue ne sert plus à artic sons ; elle se porte sous les arcades dentaires, et les enfants se morden lement. On cite même un cas de glossite ainsi provoquée et dont le r été une asphyxie mortelle.

Les mouvements choréiques existent tout le jour et cessent la nuit. pas qu'ils soient soumis à l'influence de la volonté, car la volonté n'a sur ces mouvements désordonnés ; mais le sommeil les calme. La col passions, les impressions nerveuses, la crainte, les exaspèrent quelquef haut degré.

Ces convulsions sont partielles ou générales quelquefois, elles sont à une portion du visage, à un membre ; cette forme est rare. D'aut elles existent dans une moitié du corps sous forme hémiplégique ; ra elles sont bornées aux membres inférieurs sous forme de paraplégie. L rées générales et les hémichorées sont ordinairement franchement et ment nerveuses. Les chorées partielles, au contraire, limitées à un m sont souvent liées à l'existence d'une lésion matérielle des centres nerv de leurs enveloppes.

Ces mouvements occupent exclusivement les muscles de la vie de r et, comme je l'ai dit, ils ne l'étendent jamais aux muscles de la vie nique.

En même temps la sensibilité générale est souvent altérée. Quelques sont sujets à rire et à pleurer sans motifs ; leur caractère est aigri, et s ils se plaignent de céphalalgie ou de rachialgie.

Ces phénomènes sont fréquemment accompagnés d'affaiblisseme

trouble de l'intelligence et de perte de la mémoire. Les enfants oublient ce qu'ils savaient ; incapables d'apprendre de nouveau, ils tombent dans un état d'hébétude très caractérisé. C'est la plus fâcheuse conséquence de cette maladie. Quelques-uns, ce qui est très-rare, ont des hallucinations ; MM. Marcé (1) et Bergeron (2) en ont cité quelques exemples.

Avec ces phénomènes coïncident souvent des troubles du côté de la sensibilité tactile, et les membres sont le siége d'une anesthésie ou d'une analgésie plus ou moins complète.

Quand les mouvements sont très violents, les enfants, faisant à tout moment des chutes violentes ou se donnant des contusions continuelles, sont couverts d'ecchymoses. On est obligé de les mettre dans des caisses matelassées pour mortir la violence de leurs coups. Mais ici se présente bientôt quelquefois un nouvel accident. Le frottement continuel finit, après vingt-quatre, quarante-huit, soixante-douze heures, par excorier la peau ; l'enfant est bientôt tout en sang. J'ai même vu mourir de cette complication, pendant mon internat à l'hôpital Necker, une jeune fille dont l'épiderme avait en grande partie disparu sous l'influence de ces frottements ; et plusieurs fois à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai vu dans mon service des jeunes filles dont la vie a été momentanément menacée par cette complication.

En même temps que se manifestent les troubles du côté de l'intelligence et de la sensibilité, le pouls reste normal : c'est une maladie apyrétique, excepté dans le cas de complications.

Les autres fonctions s'exécutent généralement bien. L'appétit est conservé, et, sauf un peu d'affaiblissement dans le mouvement nutritif ou un état saburral gastrique, il n'y a aucun trouble dans les fonctions digestives.

La respiration reste à l'état normal, et l'état général de la santé laisse généralement peu à désirer.

Durée.

La chorée dure quelquefois vingt-quatre heures, ou quelques jours, ains que je l'ai vu dans la convalescence de la scarlatine ; elle se prolonge ordinairement plusieurs mois et même plusieurs années : c'est là sa forme chronique. Sa durée ordinaire est de trente à cinquante jours.

Dans sa forme chronique la chorée ne se manifeste pas par des mouvements violents. Ce sont de petites convulsions qui rendent les malades ridicules et désagréables à voir. Mais ce qui est le plus fâcheux dans ce cas, c'est que les malades perdent leurs facultés intellectuelles, et surtout la mémoire, ce qui les rend incapables de toute occupation sérieuse.

On a cité plusieurs cas de chorée intermittente. L'un est dû à Bouteille, qui a observé le retour des accidents périodiquement de midi à six heures du

(1) *De l'état mental dans la chorée* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860, t. XXIV).

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1861.

sour, et l'autre à M. Rufz. Son observation est à peu près analogue. Ce sont les deux seuls cas connus de chorée intermittente.

Malgré l'opinion contraire de M. Rufz et de quelques médecins, la chorée est influencée par les maladies intercurrentes. Les maladies aiguës, les fièvres éruptives la font quelquefois cesser ; je l'ai vue momentanément disparaître durant la scarlatine et la fièvre typhoïde ; ce qui confirme une fois de plus le précepte d'Hippocrate relatif à un grand nombre de névroses : *Febris spasmum solvit.*

Terminaison.

Après avoir suivi la marche ordinaire et avoir présenté plusieurs alternatives d'exagération et d'affaiblissement, la chorée peut guérir d'une façon définitive ; d'autres fois elle est sujette à des récidives qui sont même très fréquentes. Je l'ai vue revenir deux, quatre et même six fois sur le même enfant, à quelques mois de distance. Elle est suivie d'un affaiblissement intellectuel assez marqué. Les terminaisons par paralysie ou hémiplégie sont rares. Enfin, la chorée peut être mortelle, mais rarement ; dans ce cas, la mort peut être amenée par les plaies que se font les malades, par un épuisement nerveux ou de syncope, ou par asphyxie, suite de morsure à la langue.

Complications.

La chorée est souvent accompagnée de chloro-anémie, soit primitive, soit secondaire. Enfin, chez quelques enfants, on rencontre avec elle des névralgies, des paralysies partielles musculaires et sensoriales. De tous les organes des sens, celui du toucher est plus souvent affecté. L'analgésie l'accompagne presque toujours. Enfin une fois M. Maval a constaté une glossite intense produite par la morsure de la langue et ayant amené la mort par asphyxie.

Variétés.

La chorée est quelquefois *irrégulière*, et dans ces cas elle a reçu des noms spéciaux. Il y a une chorée *systématique* ou *rhythmique*, présentant une certaine régularité dans les mouvements qu'exécutent les malades.

Quelques malades, quand ils se lèvent ou qu'on les lève, sont entraînés dans quelques cas par une force invincible qui les contraint à marcher en avant. Cette variété a reçu le nom de *chorée propulsive*.

On a donné le nom de *chorée électrique* à une variété observée surtout en Italie. Dans cette forme, le malade éprouve par moments des secousses, des soubresauts qui le font sauter sur son lit à quelques pouces de hauteur. Il y a quelque chose de comparable à la commotion que vous fait éprouver la décharge d'une bouteille électrique.

Il y a enfin des chorées anomales dans lesquelles les convulsions sont partielles et localisées à la tête, à un bras, ou à un membre en particulier.

Diagnostic.

agnostic en est facile, et les grimaces du visage, les mouvements rs des membres permettent de l'établir aisément même à distance. difficulté, ce ne peut être qu'au début. Mais alors l'état saburral de la la maladresse des jeunes malades et l'incertitude de leurs mouve- ourront déjà lever les incertitudes qu'on pourrait avoir.

certaines contractions musculaires, involontaires, cloniques, limitées ies muscles, surtout à ceux de la face, qui surviennent instantané- s sont connus sous le nom de *tics*. Est-ce là de la chorée? A la ri- ui, et ce sont des chorées partielles, mais cependant le mouvement ours le même, borné à un ou plusieurs muscles, tandis que dans la es mouvements convulsifs sont très variés dans leur manifestation et s la régularité qu'ils offrent dans le tic musculaire simple.

a difficulté et l'importance du diagnostic, eu égard au traitement et stic, sont de déterminer la nature de la chorée. Est-elle essentielle ou atique, chlorotique, saburrale, vermineuse, symptomatique d'une des méninges, de la moelle, du cerveau? C'est là une difficulté quel- rès-grande. Les cas particuliers et l'examen attentif du malade éclai- diagnostic, en ce sens que les chorées générales ou régulièrement iques sont ordinairement essentielles, tandis que les chorées partielles lières sont le plus souvent symptomatiques d'une lésion du cerveau membranes d'enveloppe.

Traitement.

orées symptomatiques exigent un traitement spécial nécessaire pour lésions matérielles du cerveau, si elles sont de nature à disparaître. x chorées essentielles, les moyens à leur opposer sont très nom-

nam employait les *saignées générales* et les *sangsues* dans le dos, le colonne vertébrale. Son exemple fut suivi par Serres et Lisfranc; urd'hui que l'influence de la chlorose sur la chorée est mise hors la médication antiphlogistique est totalement abandonnée.

aladie est liée à un état saburral de la langue et à l'embarras gas- faut faire *vomir et purger* avec l'*émétique*, l'*ipécacuanha* et le *sulfate* ou le *citrate de magnésie*, aux doses convenables selon l'âge des

cas de chlorose, les *ferrugineux*, le *vin de quinquina*, doivent être age.

micides, et surtout le semen-contra, de 1 à 3 grammes, la *santonine* de 20 à 25 centigr. par jour, en débarrassant l'intestin de ses vers, nt guéri des chorées vermineuses.

es indications particulières viennent les spécifiques. Les *bains sulfu-*

reux quotidiens et prolongés produisent souvent des guérisons rapides, et se l'influence de ce traitement la chorée dure de dix-huit à trente jours. M heureusement cette médication ne réussit pas toujours.

L'immersion subite dans l'eau froide, le passage à travers une lame d'ea 8 ou 9 degrés, l'*hydrothérapie* en un mot, réussit assez souvent, mais mo bien que les bains sulfureux.

Les *antispasmodiques*, tels que la valériane et ses composés, le camphre, musc, l'asa fœtida, l'oxyde de zinc, n'ont obtenu que peu de succès.

La *noix vomique* et plutôt la *strychnine*, conseillée par Lejenne, Fouilho et Rougier, sont très vantées, et elles réussissent réellement bien à faire d paraître les mouvements choréiques On emploie aujourd'hui de préférei la strychnine à une dose faible, 0,05 par jour pour 100 grammes de sirop prendre à dose fractionnée. Mais ici il faut surveiller attentivement les ef produits sur le malade; dès qu'il se plaint de roideur, de secousses dans membres, il faut arrêter la médication pour diminuer la dose. Il en est même si le malade est pris de syncope ou d'accidents hystériques, ca pourrait mourir.

Les *narcotiques*, l'opium, la morphine, la belladone, l'atropine, dou à doses progressivement croissantes, quelquefois très élevées, n'ont pas r pondu à l'espérance des médecins qui les ont employés.

Enfin, dans ces derniers temps, pour les cas rebelles, on a eu recou l'*arsenic* sous la forme d'arséniate de soude : on l'emploie en commençant p 1 milligramme, puis en augmentant progressivement jusqu'à 2, 3, 4, 5, 10, 15 milligrammes. On n'a pas eu d'accidents, et quelques chorées ont pa céder facilement à cette médication. Je l'ai employé dans un cas rebelle à pl sieurs autres médications, et la guérison a été complète.

L'*électricité* a été également employée, mais sans succès.

D'autres médecins ont conseillé l'*exercice de la gymnastique*, en l'associ à des mouvements rhythmiques cadencés, des chants musicaux, et au ma sage. Ces moyens ont quelquefois réussi, mais il faut surtout rapporter le succès au massage que les maîtres de gymnastique associent à leurs exerci orsqu'ils prennent leurs élèves pour leur enseigner les principes de leur m

On a employé le *tartre stibié* à haute dose contre la chorée. Rasori a obte plusieurs succès rapides au moyen de ce médicament. Laennec l'a imité et a jement réussi. Il donnait de 50 centigrammes à 1 et 2 grammes par jour, de fa à obtenir la tolérance. M. Bouley, plus hardi, l'a employé à 3 et 4 gram d'un seul coup, au risque de produire des accidents graves d'inflamm gastro-intestinale. Mais des succès obtenus après de pareils dangers ne sont p dignes d'envie, et il n'y aurait plus à songer à ce remède, si M. Gillette, revenant à la méthode de Laennec légèrement modifiée, n'avait mo les avantages qu'on peut en obtenir. On débute par 25 centigrammes, en au mentant tous les jours d'une quantité semblable et en cherchant à obtenir l dérance par une courte interruption du traitement tous les trois jours. C

cette façon la chorée dure de quatre à dix-neuf jours, terme de beaucoup inférieur à celui qu'on obtient par les autres méthodes, et, chose curieuse, ce n'est pas toujours aux évacuations produites par l'émétique qu'il faut attribuer la guérison, car chez quelques malades la chorée a rapidement disparu sans qu'il y eût d'effet vomitif ou purgatif.

Six de mes malades ont été soumises à ce traitement, et une seule a été rapidement guérie sans que l'émétique ait produit de vomissements ou de diarrhée. Les autres n'ont pas été modifiées ou ont été augmentées par la médication. Trois fois les mouvements sont restés les mêmes, et le tartre stibié, pris trois fois pendant trois jours avec des intervalles de repos de trois jours, n'a rien produit que quelques évacuations. Deux fois les mouvements ont été augmentés, et il a fallu interrompre l'usage de l'émétique, qui chez une malade produisait de telles évacuations que la vie était menacée.

Ces faits ne prouvent pas beaucoup en faveur de l'excellence du traitement de la chorée par l'émétique, et je suis heureux d'avoir pu en vérifier les effets. On peut ainsi se défendre contre les illusions d'une thérapeutique née de l'empirisme et qui n'est pas exempte de dangers.

Tout récemment enfin on a proposé la *cautérisation potentielle ponctuée*, et voici la manière dont le docteur Hamon (de Fresnay) a décrit son procédé.

Observation. — Le jeune R..., âgé de dix ans, d'une constitution chétive, a été affecté, l'an dernier, d'une chorée peu intense, dont les bains sulfureux ont fait assez promptement justice. Vers le milieu de décembre dernier, les accidents se sont reproduits. Ce ne fut que dans les derniers jours de ce même mois que l'on vint réclamer mes soins. La maladie, alors à son summum de puissance, présentait les caractères suivants :

Folie musculaire générale. Les bras sont incessamment projetés dans toutes les directions. La marche, la station verticale même, sont littéralement impossibles. Le malade ne peut rester assis sur une chaise ; les contractions musculaires désordonnées auxquelles il est en proie ne tardent pas à le précipiter à terre. Convulsions incessantes des muscles du visage et du cou. Perte absolue de l'usage de la parole : à peine l'enfant peut-il balbutier quelques monosyllabes. Ces convulsions musculaires persistent également pendant la nuit, durant le cours de laquelle les parents du petit malade sont occupés, soit à le maintenir dans son lit, soit à le recouvrir de ses couvertures.

On est obligé de le faire manger, de le moucher, de l'habiller, en un mot de lui donner des soins comme à un très jeune enfant. Les fonctions de la vie organique, d'ailleurs, n'ont reçu aucune atteinte marquée.

En présence de conditions aussi graves, je me suis empressé de recourir au traitement par l'émétique. Les résultats de cette médication ont été absolument négatifs. Après dix jours de son emploi exclusif, je crus bon de lui associer les bains tièdes prolongés. Les accidents, loin de s'amender, allant plutôt s'aggravant, je résolus de tenter, à l'aide d'un agent d'un autre ordre, de modifier la modalité du système nerveux. Je veux parler de la *cautérisation épidermique ponctuée*.

Attendu que, pour la pratiquer, j'ai depuis longtemps renoncé à l'usage du fer rouge, pour lui substituer celui des caustiques liquides, je dois entrer dans quelques détails concernant le mode d'emploi de ces derniers.

La cautérisation épidermique ponctuée, on le sait, a surtout été remise honneur de nos jours, dans des conditions pathologiques différentes, il est vr de celles dont il est ici question, par les travaux de MM. Sédillot, J. Guéric Bouvier. De plus, jusqu'à ce moment, c'est toujours au cautère actuel que a eu recours pour la pratiquer. Or, il faut bien le reconnaître, indépendamm des embarras matériels que ne saurait manquer de comporter toute opératio cette nature, l'application du fer rouge a toujours en soi quelque chose d'effra Aussi la plupart des malades ne s'y soumettent-ils qu'avec la répugnance la marquée. Cependant, rien de plus simple que de parer à ces divers inco nients ; il suffit, pour cela, de substituer au cautère actuel la cautérisatio tentielle. Un flacon d'acide nitrique monohydraté ; un tube cautérisateu second tube simple et d'un plus petit diamètre, pour charger le premier plus de facilité : voilà certes un appareil instrumental peu fait pour jeter l'a dans les esprits, et d'un emploi autrement commode et expéditif que celui on a journellement recours.

Voici de quelle façon se prépare le tube dit *cautérisateur :*

On prend un tube de verre de 6 à 7 millimètres de diamètre. Après effilé à la lampe, on en brise la pointe, de telle sorte que son extrémité ter mesure de 2 à 4 millimètres, selon l'étendue que l'on désire donner à la s de chacune des ponctuations. Soumettant de nouveau l'extrémité du tube tion de la lampe, on l'appuie bientôt, avec toute la précaution nécessaire, lo la température en est suffisamment élevée, contre un corps métallique conque, à l'effet d'en effacer les saillies et de former à l'intérieur un petit relet, destiné à faciliter le tassement de la substance qui doit effectuer l'ob tion du tube.

Pour constituer cette sorte de diaphragme, j'ai choisi de préférence l'am substance qui, on le sait, n'est point attaquée par les acides. La charp coton, etc., pourraient, à son défaut, être également employées ; mais il fa les renouveler à chaque nouvelle cautérisation, et faire autant de fois de veaux essais, en vue de s'assurer que ces substances présentent bien le deg perméabilité convenable. En employant l'amiante, au contraire, lorsque pa épreuve préalable qui doit être faite sur une feuille de papier blanc, on s'es fois assuré que le liquide filtre convenablement au travers de ses intersti n'est plus nécessaire de répéter l'expérience : le tube cautérisateur est pré perpétuité. Celui dont je fais usage m'a déjà servi à pratiquer un grand nc de cautérisations, sans que j'aie jamais eu besoin d'y retoucher.

Pour charger le tube cautérisateur, il est bon, pour éviter de se répand l'acide sur les doigts, de se servir d'un petit tube de verre que l'on plonge le flacon de caustique ; il suffit, pour transporter le liquide dans l'autre d'appliquer le doigt sur son extrémité supérieure durant le trajet qu'il a à courir, avant d'y être parvenu. Ce dernier, ainsi chargé, peut servir à pra un nombre de ponctuations proportionné à la quantité d'acide qui y a été v

Le tube ainsi préparé et chargé, il suffit, pour pratiquer la cautérisation appliquer l'extrémité sur la partie, durant l'espace d'une demi-seconde, s veut n'intéresser que l'épiderme ; d'une, deux ou trois secondes si l'on désir plus profondément. J'ai pour habitude d'agir le plus superficiellement pos or, j'ai disposé mon tampon d'amiante de telle sorte, que je puis, en fort temps, pratiquer un nombre considérable de ponctuations.

Ces mêmes ponctuations sont faites à une distance d'un centimètre à u timètre et demi les unes des autres. Elles sont marquées aussitôt par une tache jaune, parfaitement circonscrite, et d'un diamètre égal à celui de l' mité du tube cautérisateur. Cette opération est assez peu douloureuse ; la ance, d'ailleurs, est en quelque sorte momentanée. A peine la cautéri

est-elle pratiquée, que toute la région devient le siége d'une enflure marquée, qui ne tarde pas, du reste, à se dissiper. Les petites escharres se détachent du huitième au douzième jour, limitant une petite dépression tégumentaire non suppurante, lorsque la cautérisation a été superficielle; l'enveloppe dermoïde, après le dernier travail de réparation, ne présente, dans de telles conditions, aucune cicatrice apparente.

Ces notions préliminaires, un peu longues peut-être, mais nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre, une fois exposées, revenons à notre jeune malade.

Témoin donc de l'impuissance des moyens thérapeutiques jusqu'alors employés, je me décidai, le 19 janvier, à recourir à la cautérisation épidermique ponctuée. Je pratiquai une soixantaine de ponctuations nitriques sur la région rachidienne dorso-lombaire, en me servant d'un tube dont l'extrémité mesurait 3 millimètres de diamètre.

Dès le soir même, le jeune malade commença à parler assez distinctement; la nuit fut beaucoup moins agitée; la station verticale était devenue possible le lendemain; les mouvements des bras étaient également moins convulsifs.

Le 27, l'amélioration, loin de s'être démentie, est encore plus marquée. Nuits paisibles; l'enfant peut actuellement manger, se moucher seul, se tenir assis sur un siége, marcher sans appui, en chancelant, il est vrai, mais sans faire de chutes.

Je pratique une seconde fois la cautérisation ponctuée, mais cette fois sur chacun des bras, et cette fois de la façon suivante: deux rangées de ponctuations parallèles sur le trajet du nerf médian; une sur celui des nerfs radial et cubital.

Le 1er février. Je trouve l'enfant presque guéri, parlant très aisément; grimaçant à peine; se servant librement de ses bras, qui ne sont plus agités que par de légères secousses; marchant assez sûrement, quoique ne se sentant pas très solide sur ses jambes. Troisième et dernière opération, constituée par deux rangées de ponctuations parallèles sur chacune des extrémités inférieures, sur le trajet des nerfs sciatique et tibial postérieur.

Le 6, l'amélioration va croissant: l'enfant se promène seul dans les environs de son habitation. En vue de consolider la guérison et de fortifier sa constitution chétive, je soumets le jeune malade à l'usage des tisanes amères et à celui du perchlorure à 30 degrés.

Si ce résultat est confirmé par de nouvelles observations, cette médication assez simple méritera d'entrer dans la pratique.

A ces moyens j'ajouterai l'usage des *armatures métalliques de laiton*, mises en permanence sur différents point du corps, et particulièrement sur les membres. Ayant vu les contractures essentielles disparaître sous l'influence de cette médication, et pensant que le courant électrique continu du laiton qui avait une action sur la convulsion tonique de la contracture pourrait en avoir sur les convulsions cloniques de la chorée, j'essayai et je réussis. J'ai ainsi enlevé une chorée en vingt-quatre heures; d'autres en sept, huit ou douze jours. Ailleurs le laiton n'a rien produit, et dans deux cas il a exaspéré les convulsions à un point remarquable.

Ces plaques de laiton doivent être nettoyées tous les jours avec le plus grand soin pour enlever l'oxyde de cuivre qui se dépose sur la peau, et pour éviter les pustules cutanées douloureuses qui résultent de sa présence.

CHAPITRE XVI.

DES PARALYSIES MYOGÉNIQUES.

Je donne le nom de *paralysies myogéniques* à certaines paralysies musc laires partielles, incomplètes, indépendantes de toute lésion appréciable système nerveux.

Ce sont des paralysies accompagnées d'une altération du tissu élémenta de la substance des muscles, et leur manifestation partielle et circonscr sur un ou plusieurs des membres indique suffisamment la nature locale l'affection.

Ce sont les paralysies qu'on désigne quelquefois, mais à tort, sous le n de *paralysies essentielles*.

Les différents auteurs qui ont traité des maladies de l'enfance n'ont pas dé cette forme de paralysie. Ils l'indiquent comme pouvant être la suite de co vulsions. Underwood en parle accidentellement, comme d'un résultat sym thique de la dentition ou des saburres gastriques, et ce qu'il dit de la paraly et de la débilité des membres inférieurs s'applique surtout à des paralys symptomatiques d'affections du cerveau, de la moelle et de la colonne vert brale. Il en est de même de Shaw (1). Ultérieurement des observations et d mémoires remplis d'intérêt ont été publiés par les docteurs Badham, Ke nedy, West en Angleterre, Heine en Allemagne, Richard (de Nancy), J. Gu rin, Rilliet et Barthez en France. Beaucoup de ces observations laissent à d sirer, et plus d'une se rapporte évidemment à des paralysies symptomatiq de lésions du cerveau et des vertèbres. Toutefois si l'on tient compte de difficulté extrême du diagnostic dans beaucoup de circonstances, on ver qu'il n'a pas toujours été possible d'éviter l'erreur, et l'on se montrera moi exigeant vis-à-vis de ceux dont les travaux fournissent à la science une véri de plus.

Nous serons moins indulgent pour le travail d'un auteur qui, sans connaît ce qui a été dit et fait avant lui sur ce genre de paralysie, a cru la découv sans doute parce qu'il lui a donné le nouveau nom de *paralysie graisseuse* l'enfance. Si M. Duchenne avait pris connaissance des travaux de M. J. Guéri et de ce que j'ai dit moi-même, il aurait vu que la transformation graisseu des muscles et son traitement par l'électricité n'est pas chose nouvelle, et q tout cela était depuis longtemps connu.

Causes.

La paralysie myogénique est assez fréquente chez les enfants. Elle est pl commune dans le jeune âge et chez le nouveau-né que dans la seconde e

On the nature and treatment of the distorsions to which the spine and the bo hest are subject. London, 1823, with Supplement and Atlas.

face. D'après MM. Rilliet et Barthez, les deux tiers des enfants affectés n'ont pas plus de deux ans. C'est aussi ce que j'ai observé. La paralysie myogénique est donc une maladie de la première enfance. Elle peut, dit-on, être congénitale, mais cela n'est pas bien démontré, car on ne s'aperçoit que très tard de son existence.

Elle frappe indistinctement sur les garçons et sur les filles. La force ou la faiblesse de la constitution et de la santé ne paraît pas influer sur son développement. Les opinions opposées des observateurs à cet égard sont loin d'éclairer la question : tantôt, disent Heine et Kennedy, les enfants paralysés sont forts, vigoureux et bien portants; tantôt, d'après West, ils sont d'une faible constitution; ou, d'après Rilliet et Barthez, ce sont des sujets lymphatiques, affectés d'eczéma, d'ophthalmies, etc. Ceux que j'ai observés étaient d'une parfaite santé et très bien développés pour leur âge.

La paralysie myogénique se montre dans le cours de la dentition, mais il n'est pas démontré qu'elle soit la conséquence de ce travail physiologique. Rien ne prouve davantage qu'elle soit dans ce dernier cas la conséquence des saburres gastriques dont parle Underwood, et dont les caractères sont si mal déterminés. Elle succède quelquefois à l'éclampsie, à la chorée et aux convulsions symptomatiques ; mais, dans ce cas, on peut craindre que le cerveau soit malade. On l'a vue également apparaître à la suite de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, et dans les convalescences de maladies aiguës graves. Dans ce cas c'est une paralysie purement *dynamique*, la seule qui mérite le nom de *paralysie essentielle*. J'en reparlerai dans le chapitre suivant.

Kennedy pense que cette forme de paralysie est souvent le résultat de la mauvaise habitude qu'on a de coucher les enfants dans de fausses positions, et il croit que la pression d'un membre par le poids du corps, si l'enfant est couché sur le flanc, peut suffire à occasionner la perte du mouvement dans ce membre. Cela est possible, et il n'y a rien dans cette vue théorique qui répugne à la raison. Ce que l'observation de la pression des membres chez l'adulte a fait connaître, justifie d'ailleurs toute l'importance de cette ingénieuse hypothèse.

Une autre cause, la plus importante de toutes, et qui joue un rôle capital dans la production de la paralysie myogénique, c'est le refroidissement des membres, quelle qu'en soit l'origine. Ainsi chez les sujets avancés en âge, l'action du froid qui résulte d'une station prolongée sur un banc de pierre, et chez des enfants plus jeunes, le froid qui glace les membres peu couverts, lorsque les bras ou les jambes sont mal enveloppés, telle est l'origine la plus ordinaire de la paralysie partielle bornée à quelques muscles ou à tous les muscles d'un membre.

Les enfants à la mamelle qu'on démaillotte prématurément pour les mettre en robe, ceux qu'on veut embellir par des toilettes trop décolletées, ceux qu'on couche sans maillot et qui se découvrent dans leurs mouvements pen-

dant le sommeil, ceux qui urinent au lit et qui restent longtemps froids et mouillés; ceux enfin qu'on élève dans des appartements mal fermés, et où ils peuvent recevoir l'action du froid pendant la nuit, sont le plus ordinairement frappés de cette paralysie dont la nature est *toute rhumatismale*. Je ne suis surpris que d'une chose, c'est de ne pas observer encore plus fréquemment cette paralysie, tant la mode d'habiller les enfants me semble absurde, et tant il est fréquent de les trouver leurs extrémités refroidies et leurs membres gelés par suite de la manière inconsidérée dont ils sont vêtus. J'ai observé plusieurs exemples de paralysie myogénique qui ne m'ont pas semblé avoir d'autre origine.

Symptômes.

Sous l'influence des causes que je viens d'énumérer, la motilité s'affaiblit et disparaît dans plusieurs muscles d'un membre ou dans un membre tout entier, ou dans un des côtés du corps, ou dans les deux extrémités inférieures seulement. La paralysie peut donc être *partielle*, *hémiplégique* ou *paraplégique*. Elle vient par *degrés*, comme une maladie chronique, ou *subitement*, sans aucun phénomène précurseur; elle est *complète* ou *incomplète*, *douloureuse* ou *indolente*.

Il ne faut pas ranger parmi ces paralysies le strabisme et l'hémiplégie faciale des nouveau-nés, que nous décrirons à part et qui sont le résultat, l'un d'une contracture des muscles de l'œil, et l'autre d'une contusion du facial par les branches d'un forceps.

La paralysie myogénique *partielle*, *hémiplégique*, *paraplégique*, *complète* ou *incomplète*, est la seule dont je veuille m'occuper.

Elle apparaît quelquefois subitement, sans phénomènes précurseurs, surtout à la suite de l'impression du froid, et le matin, au réveil des enfants, on les retrouve avec un ou plusieurs membres privés de mouvement. C'est une paralysie rhumatismale primitive. Ordinairement la maladie est partielle. Dans d'autres cas, des douleurs ont préexisté à l'apparition de cet accident. Kennedy en a publié un fait, j'en ai observé un autre relatif à la paralysie de la jambe, et beaucoup de médecins ont vu pareille chose dans la paralysie du sterno-mastoïdien à la suite du torticolis. Le membre paraît douloureux, et la pression y détermine des souffrances assez vives; toutefois la présence d'une douleur rhumatismale préalable est assez rare dans la paralysie myogénique des extrémités. Dans ce cas, la maladie serait consécutive.

Cette paralysie est quelquefois précédée de phénomènes cérébraux, tels que l'éclampsie, ou des symptômes de congestion cérébrale, caractérisés par la somnolence, le strabisme et l'état fébrile; mais alors il est bien possible que la paralysie soit symptomatique d'une lésion matérielle des centres nerveux et ne soit plus seulement une affection musculaire locale.

Ailleurs enfin cette paralysie se manifeste lentement, d'une manière progressive, son origine passe inaperçue, et l'on ne s'aperçoit réellement de son

nistence que lorsqu'elle est bien confirmée. Ce mode particulier de développement est le cas le plus ordinaire.

La paralysie ne porte souvent que sur un muscle, le sterno-mastoïdien par exemple, et la tête est inclinée sur le côté malade ; sur les extenseurs des doigts, ainsi que l'a vu M. Richard (de Nancy), et les doigts sans contracture cessent d'être fléchis dans la main ; sur un seul bras, qui reste pendu immobile le long du corps ; sur le pied, ou sur la jambe seulement ; sur le bras et sur la jambe à la fois sans participation de la face, alors la paralysie est hémiplégique ; ou enfin sur les deux membres inférieurs de manière à constituer une véritable paraplégie.

La paralysie myogénique est très souvent incomplète, et les mouvements musculaires, affaiblis sur les divers points que je viens d'indiquer, sont cependant encore possibles. L'abolition entière, absolue, complète des mouvements, est beaucoup plus rare et doit faire craindre la présence d'une altération anatomique appréciable dans les gros nerfs ou dans les centres nerveux.

De ces différences de siége et d'état complet ou incomplet de la paralysie, résultent nécessairement de grandes différences de symptômes. Chez les nouveau-nés et dans la première année de la vie surtout, l'appréciation de la paralysie est difficile et quelquefois embarrassante. Si les mouvements sont entièrement abolis et que les membres soulevés retombent entraînés par la pesanteur, rien n'est plus clair que le diagnostic, mais il n'en est presque jamais ainsi ; les mouvements sont diminués et l'on ne peut savoir au juste jusqu'où s'étend cet affaiblissement musculaire. Des enfants si jeunes n'ont que des mouvements automatiques, ils ne coordonnent pas leurs mouvements. Ils n'obéissent qu'à leur instinct, et ne peuvent en rien aider le médecin dans la recherche du siége et de l'étendue du mal. Ils ne donnent point la main qu'on demande, ils ne peuvent montrer le pied, et l'on ne sait jamais alors si le caprice ou la maladie entrent pour quelque chose dans la direction vicieuse des mouvements. Il faut une observation journalière et attentive pour découvrir la réalité de cet affaiblissement musculaire, et les mères ou nourrices y arrivent bien plus aisément que le médecin. C'est surtout à un âge plus avancé, à mesure que l'enfant se développe, qu'on voit la paralysie se montrer davantage. Les membres sains contrastent de plus en plus par leur agilité avec les membres incomplétement paralysés, et la différence des mouvements, chaque jour plus appréciable, conduit enfin à un diagnostic plus précis et plus rigoureux. Le bras reste faible, peu mobile, tandis que l'autre suit toutes les impulsions du désir, et si l'enfant commence à marcher, sa jambe traîne et ne peut lui servir de soutien. Il chancelle, tombe et souvent renonce à se tenir, au point d'être obligé de ramper sur le sol.

Chez les enfants plus âgés, vers deux ou trois ans, les symptômes sont plus nets et plus faciles à saisir. Leur appréciation offre moins d'incertitude, et plus les sujets sont avancés en âge, plus aussi le diagnostic de la paralysie est facile.

Chez les enfants à la mamelle, les parties affectées de paralysie myogénique sont quelquefois, mais assez rarement, douloureuses au début; elles sont lé rement tuméfiées; la peau, ordinairement pâle et blanche, est quelquef rougeâtre, livide et vergettée. Elle est alors toujours plus froide que la peau parties non paralysées, et d'après Heine, qui n'a fait qu'une seule fois l'ex rience, la température du jarret était descendue à 19 degrés centigrades. nouvelles observations seraient d'ailleurs nécessaires pour fixer ce point d science.

Marche, durée, terminaison.

La paralysie myogénique disparaît quelquefois assez rapidement et d'u manière progressive. Elle dure quelques heures, plusieurs semaines, et p se dissiper sans laisser de traces de son existence. Dans le plus grand nom des cas, elle persiste plus longtemps et s'aggrave beaucoup. Elle devient chaq jour plus prononcée et reste définitive; alors elle nuit à la nutrition et à l'a croissement des parties qu'elle affecte, au point d'amener l'atrophie des me bres, leur déformation et la dégénérescence des tissus qui les composent. vois souvent encore une petite fille de quatre ans, affectée de cette forme paralysie dans la jambe gauche depuis la seconde année, qui a aujourd'hui pied bot consécutif, une atrophie du pied et un raccourcissement notable ce membre. J'ai eu dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie plusie enfants qui avaient ainsi des luxations incomplètes produites par la rétracti des muscles opposés à ceux que la paralysie avait atteints. C'est là un fait a été bien indiqué par Heine, West, Richard (de Nancy) et J. Guérin. L'at phie porte sur la longueur des membres et sur leur volume; les déformati s'établissent dans les jointures, par suite de rétractions musculaires consé tives à la paralysie des muscles opposés et sur la colonne vertébrale, lors la paralysie du bras ou des membres inférieurs; les dégénérescences port sur les os qui sont plus courts et plus minces, sur les artères dont le cali est moins considérable, sur les muscles enfin dont les faisceaux particul s'altèrent par l'addition de tissus fibreux et adipeux de formation nouvelle. *sarcolemme musculaire* ou *perimisium* s'épaissit et se remplit de granulati moléculaires plus nombreuses. Les faisceaux striés des muscles se gonflen s'infiltrent de granulations moléculaires qui persistent plus ou moins lo temps et sont quelquefois remplacées par des vésicules adipeuses. Cette al ration spéciale du tissu musculaire n'existe qu'au bout d'un certain temp lorsque l'atrophie extérieure est bien caractérisée.

Dans tous ces cas, soit au début, soit à la fin de la paralysie myogénique sensibilité tactile reste parfaitement conservée.

Les autres fonctions ne sont pas altérées, il n'y a ni rétention ni incon nence des urines et des matière fécales. La nutrition générale ne paraît affaiblie, l'accroissement des parties paralysées est seul diminué. Quelque on observe de légers troubles gastriques dus au travail de la dentition, m

ces troubles ne sont ordinairement, comme je l'ai dit, que le résultat de simples coïncidences, et n'influent pas notablement sur la marche des accidents paralytiques.

Diagnostic.

Le diagnostic de la paralysie myogénique est souvent fort difficile. Il est quelquefois même impossible de se prononcer tout de suite sur la nature du mal, surtout s'il est ancien et si l'on voit le malade pour la première fois. Il ne faut pas se hâter, il est préférable d'attendre et d'observer quelques jours avant de formuler son jugement.

Si la paralysie survient rapidement, sans phénomènes précurseurs, ou d'une manière lente sans autres phénomènes morbides, ou enfin à la suite de douleurs musculaires locales, et reste elle-même localisée dans quelques muscles ou dans un membre, le diagnostic est facile, la paralysie est toute musculaire et indépendante du système nerveux central. C'est une paralysie myogénique fort souvent rhumatismale.

Si la paralysie vient également sans cause appréciable et se montre sous la forme paraplégique, sans lésion osseuse vertébrale, la paralysie est encore indépendante du système nerveux et trouve sa cause dans une altération spéciale du système musculaire.

En cas d'hémiplégie, si la face ne participe pas à l'altération du mouvement et qu'il y ait seulement paralysie du membre thoracique et abdominal, sans accidents aigus préalables, le mal trouve encore son origine primitive dans le système musculaire. C'est aussi une paralysie myogénique.

Le diagnostic devient plus difficile quand la paralysie a succédé à une ou à plusieurs attaques d'éclampsie. On peut croire alors qu'il existe une altération du système nerveux. Cependant si l'éclampsie est apyrétique et précède une affection aiguë, il y a lieu de croire qu'elle ne tient pas à une lésion organique de l'encéphale ou des méninges, et la paralysie qui suit ne s'y doit pas rapporter davantage. Dans ces cas, la paralysie semble être le résultat d'un épuisement musculaire, et l'on peut croire qu'elle est due à cette altération des faisceaux primitifs qui résulte de mouvements exagérés.

Quand, au contraire, la paralysie succède à des accidents aigus fébriles entremêlés de convulsions comme dans la méningite, de contracture comme dans l'hémorrhagie méningée, ou de phénomènes nerveux généraux comme dans l'hydrocéphale, elle est évidemment la conséquence de lésions anatomiques plus ou moins prononcées du système nerveux. C'est une paralysie symptomatique toute différente de celle qui nous occupe en ce moment.

Il en est de même de la paraplégie qui succède à une altération scrofuleuse des vertèbres, je n'y insisterai donc pas davantage.

La paralysie myogénique bornée à un seul membre peut donner lieu à une méprise qu'il est bon de signaler. Elle peut faire croire à une maladie de l'articulation d'attache du membre, soit de l'articulation tibio-astragalienne,

coxo-fémorale, soit ailleurs de l'articulation de l'épaule. Ainsi, j'ai v luxation incomplète de l'astragale en dehors et en arrière produite par ralysie des muscles antérieurs de la jambe. M. Rilliet a rapporté l'exemp curieux d'une paralysie du membre supérieur qui simulait entièrem luxation de l'épaule. Ce n'était qu'un simple relâchement articulaire. MM. et Kennedy ont également signalé les doutes qu'ils avaient conçus au d'une maladie de la hanche chez des enfants qui n'avaient d'autres aff que la paralysie du membre inférieur. Il suffit d'être prévenu de ces d'erreur pour les éviter.

Parlerai-je enfin d'une maladie générale, le rachitisme, qu'on observ de jeunes enfants qui ont souffert, ou qui ont été mal nourris, qui sor ou moins affaiblis, et qui sont en retard de la parole et des mouvement point qu'une personne non prévenue pourrait les croire affectés de pa myogénique? C'est à peine si j'ose mentionner ce fait. Cependant j'ai ét sieurs fois consulté par des parents, à cet égard. Inquiets de ne pas voi cher leurs enfants à un âge où se *font d'habitude* les premiers pas, ils d dent qu'on les rassure. Cependant quelle différence entre le retard cau un vice de nutrition et la paralysie myogénique locale, paraplégique ou plégique? Ici, dans le rachitisme, les mouvements sont généralement f un membre n'agit pas plus vivement que l'autre, tous se meuvent uni ment, surtout quand l'enfant est couché; la station est difficile, mais possible avec un peu d'aide, c'est un affaiblissement musculaire général la paralysie myogénique, au contraire, action énergique de certaines et de plusieurs membres, diminution ou abolition du mouvement sur les bres opposés. Ce contraste rend l'erreur impossible.

Pronostic.

La paralysie myogénique des jeunes enfants est une affection grave. que soit son origine, elle a pour résultat l'altération des fonctions nu d'une partie du système musculaire, et elle entraîne presque toujour elle des difformités incurables. Elle n'est jamais suivie de mort. Dans s incomplète, elle guérit plus facilement que les paralysies entières et con Il en est de même dans le cas du développement brusque des acciden lytiques. La paralysie lente et progressive dure toujours plus longtemps l'importance du pronostic se tire du siége et de l'étendue de la paraly est évidemment moins grave quand elle est bornée à un des muscles mastoïdiens, ou à divers muscles de l'avant-bras, que lorsqu'elle af membre supérieur tout entier, ou, à plus forte raison, quand elle forme hémiplégique ou paraplégique. Dans ces circonstances, la gra pronostic résulte de l'importance plus ou moins grande des parties pa et de la difformité incurable qui peut en être la conséquence.

Traitement.

Au début des accidents, il faut s'assurer de l'état de la bouche chez les jeunes enfants pour voir où en est la dentition, et dans le cas où quelque dent serait sur le point de percer les gencives, il faudrait hâter sa sortie en pratiquant la résection gingivale. A une époque plus avancée de la paralysie, cette opération est inutile et n'a plus de sens, car il faudrait la pratiquer chez tous les sujets indistinctement. Quel est l'enfant de un à deux ans qui n'a pas toujours quelque dent près de sortir? Considérer cette circonstance comme la cause de la paralysie, c'est donner à une simple coïncidence toute l'importance d'une cause étiologique bien prouvée; c'est commettre une grave faute, si ce point de départ doit servir de guide dans le traitement.

Ce n'est donc que dans le cas évident de dentition difficile, lente et laborieuse, qu'il faut débrider la gencive.

Si les enfants sont constipés ou présentent quelques troubles dans les fonctions digestives, il faut y remédier rapidement. Entretenir la liberté du ventre par du sirop de chicorée ou de rhubarbe, par de la manne dans du lait, par du séné infusé avec du café, par quelques centigrammes de calomel, tels sont les moyens préalables à employer dans la paralysie myogénique.

Il faut ensuite rechercher avec soin, dans la manière d'être des enfants, dans leur habitation de nuit, dans leurs vêtements, dans leur éducation physique, s'il n'y a pas quelque circonstance qui, en favorisant l'action du froid sur les membres, ait pu déterminer la paralysie. Souvent, en effet, les enfants sont mis prématurément en robe, et on les porte ainsi à l'air extérieur; souvent aussi on les couche sans maillot, et le lit mal fermé laisse le froid agir sur tout un côté du corps. Ce sont là autant de causes qui amènent la paralysie que nous considérons comme rhumatismale. Rien n'est plus évident que ce fait, lorsque la perte des mouvements est précédée de douleurs, comme dans le torticolis et quelques autres paralysies des membres. Il faut donc se garder de mettre les enfants trop tôt en liberté, et de les élever sans maillot pendant les premiers mois de la vie. Quoi qu'on ait dit, le maillot est bon à quelque chose, quand ce ne serait qu'à empêcher les petits enfants d'avoir froid; mais la mode l'a banni, et il sera difficile de le défendre devant les esprits forts de notre temps.

Au commencement de la paralysie, s'il existe des douleurs musculaires, il faut les combattre par des bains d'eau de son, d'eau de sureau, par des bains de vapeur et par des applications narcotiques, telles que des frictions avec un onguent formé de parties égales d'huile et de laudanum, des frictions avec le baume tranquille, et des flanelles chaudes imbibées de ces différentes substances. Plus tard, des bains salés et des bains sulfureux fréquents devront être mis en usage. Des frictions sèches, aromatiques ou excitantes, pratiquées sur les parties malades, le matin et le soir, aideront beaucoup au succès de ces bains. C'est dans cette forme singulière de paralysie surtout qu'il con-

vient d'agir sur la circulation capillaire pour empêcher l'altération spéci des muscles de faire des progrès. Dans ce but, des rubéfiants cutanés, c frictions avec l'huile de croton, matin et soir, pendant quelques jours, réitérées après la guérison de l'éruption vésiculeuse, de petits vésicatoi volants, pourront être mis en usage pour arrêter la marche de la paraly S'il existe une paraplégie, non-seulement ces moyens doivent être emplo sur les membres inférieurs, mais ils pourront être appliqués sur la rég lombaire afin de stimuler l'influence nerveuse de la moelle épinière.

Des bains électriques, des frictions avec des brosses métalliques travers par l'électricité, la galvanisation cutanée au moyen des appareils électro-m gnétiques, et dans de courtes séances de dix à douze minutes, selon la fo des enfants, voilà des moyens avantageux dont on aurait tort de négli l'emploi.

Si la paralysie persiste, et a produit l'atrophie du membre, il faut joindr l'électricité extérieure l'électro-puncture, au moyen d'aiguilles de plati extrêmement ténues, enfoncées dans les muscles et parcourues par un co rant électrique d'une force proportionnée à l'âge et à la résistance des enfan Les aiguilles ne doivent pas avoir plus d'un quart de millimètre de diamèt afin de produire moins de douleur et d'empêcher tout écoulement de sang.

Le massage délicatement pratiqué sur les membres malades, et la gymnastique, quand elle est possible, sont de bons moyens à employer et ont fourni de bons résultats sous la direction de quelques médecins.

On a très rarement réussi jusqu'à présent à réveiller la contraction muscu laire par l'emploi de médicaments spéciaux particulièrement connus par les propriétés excitantes des muscles. Heine conseille l'emploi de teinture de noix vomique à la dose de 12, 20 et 24 gouttes au plus, et il croit avoir remarqué au bout de plusieurs semaines une amélioration notable. Il a eu aussi recours au sulfate de strychnine à la dose de 3 à 8 milligrammes, et il a vu que ce médicament ramenait presque toujours la chaleur et la transpiration des parties paralysées.

Sulfate de strychnine.....	0,050 milligrammes.
Sirop sucré	100 grammes.

Une, deux ou trois cuillerées par jour.

Le *rhus toxicodendron* a aussi été employé, mais la noix vomique et strychnine lui sont infiniment préférables.

Enfin, quand l'atrophie musculaire est arrivée à un assez haut degré qu'elle a produit les déformations articulaires dont nous avons parlé, principalement des pieds-bots, il faut attendre l'âge de six à sept ans, sans discontinuer les remèdes locaux, pour recourir aux procédés orthopédiques spéciaux qui sont quelquefois utiles.

Aphorismes.

66. La paralysie primitivement douloureuse d'un ou de plusieurs mu

des du tronc ou des membres dépend toujours d'une affection locale du système musculaire.

67. La paralysie d'un ou de plusieurs muscles qui succède à l'éclampsie a son siége dans les muscles.

68. La paralysie partielle ou générale qui succède aux convulsions fébriles résulte d'une lésion des centres et des cordons nerveux.

69. La paralysie myogénique des enfants amène l'atrophie des muscles et le raccourcissement des membres.

CHAPITRE XVII.

DES PARALYSIES ESSENTIELLES.

Des paralysies se montrent quelquefois chez les enfants sans qu'on puisse en découvrir la cause dans les muscles (paralysies myogéniques), ni dans les nerfs ou le cerveau (paralysies symptomatiques) : ce sont les *paralysies essentielles*.

Elles sont *partielles* ou *générales*; elles occupent un ou plusieurs membres, dont elles anéantissent le mouvement ou les organes des sens, dont elles suppriment les fonctions. Il y a des amauroses et de la surdité essentielles, comme il y a des paraplégies ou des paralysies générales.

Les paralysies essentielles de l'enfance ont surtout pour cause la convalescence des maladies aiguës, fièvres éruptives et continues, ou maladies inflammatoires. C'est un fait signalé en 1794 par Tissot (1); par moi en 1855, lorsque je dis (2) : « On l'a vue également (la paralysie essentielle) apparaître à la suite de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde et dans les convalescences de maladies aiguës graves; » plus tard, en 1857, dans un mémoire *sur l'état nerveux aigu et chronique*, communiqué à l'Académie de médecine (3) ; enfin en 1859, par M. Gubler (4), qui a complétement passé sous silence mes observations publiées avant les siennes.

Toutes les maladies aiguës, fièvre typhoïde, pneumonie, érysipèle, bronchite, angine simple, dysenterie, rougeole, choléra, scarlatine, variole, diphthérite (5), etc., peuvent être suivies de paralysie essentielle dans les membres ou dans les organes des sens. Quelques médecins ont vu là autant d'espèces de paralysie différente, et sans comprendre la loi générale qui les réunit, ont décrit à part une paralysie typhoïde, pneumonique, érysipélateuse, bronchique, angineuse, dysentérique, variolique, diphthéritique, etc. On a même prétendu comparer ces paralysies, causées par des maladies aiguës inflammatoires ou miasmatiques et virulentes guéries, aux paralysies saturnines, arse-

(1) *Maladies des nerfs.*

(2) *Traité des maladies du nouveau-né*, 3e édition.

(3) *Du nervosisme, ou de l'état nerveux aigu et chronique.* 1 vol. in-8, p. 197.

(4) *Sur les paralysies de la convalescence* (*Archives de médecine*, 1860).

(5) Voyez le chapitre consacré à l'histoire de la diphthérite.

nicales et autres, qui sont causées par un poison actuellement existant dans l'organisme.

Cette manière de voir ne saurait être acceptée. Quand une variole guérie est suivie de paralysie dans la convalescence, il n'y a plus de virus variolique dans l'économie, et ce n'est pas comme maladie virulente que cette fièvre engendre la paralysie. Il en est de même de l'angine, de la dysenterie, de l'érysipèle, de la diphthérite, etc. Personne ne voudrait sérieusement soutenir qu'après la guérison d'une angine, d'une dysenterie ou d'une diphthérite suivie de paralysie essentielle, il y a encore un miasme angineux, dysentérique ou diphthéritique contenu dans l'organisme. L'assimilation des paralysies essentielles de la convalescence des maladies aiguës avec les paralysies saturnines arsenicales ou provoquées par un agent toxique est donc impossible.

Si les paralysies essentielles de la convalescence des maladies aiguës ne sont pas la conséquence d'un poison actuellement renfermé dans l'organisme, quelle est donc leur origine?

C'est la *convalescence*.

Je l'ai démontré (1), la convalescence, par l'état de faiblesse qu'elle produit, par l'altération si rapide qu'elle produit en vingt-quatre heures dans le sang, est la source de toutes les espèces de *névroses*. Les *paralysies*, les *convulsions*, les *spasmes*, les *névralgies* et les vésanies peuvent en être la conséquence.

1° J'ai vu les *paralysies* de la langue, des membres inférieurs et la paralysie générale, l'amaurose, succéder à la fièvre typhoïde. Ces exemples se trouvent dans la thèse de M. Émile Bernard publiée en 1859 et dans mon livre sur l'*état nerveux*. J'en ai vu à la suite de la *bronchite* (2). MM. Macario (3), Landry (4), en ont cité plusieurs cas à la suite de la *pneumonie;* Zimmermann (5), Tissot (6), Moutard-Martin (7), P. Durozier, à la suite de la *dysenterie;* M. Gubler (8), après l'*érysipèle;* le docteur Palanchon (9), Marquez (10), après les *angines;* Tissot (11), J. Frank (12), Pomme de Laroque, Rilliet et Barthez (13), Gubler (14), Émile Bernard (15), après la

(1) *De l'état nerveux, ou nervosisme.* 1 vol. in-8, 1860.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1856, 20 mars.
(3) *Bulletin thérapeutique*, t. XXXIX, p. 543 (*Gazette des hôpitaux*, 1859)
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1858.
(5) *De la dysenterie.* Lausanne, 1794.
(6) *De la dysenterie*, chapitre II.
(7) *Gazette médicale* et *Bulletin de la Société des hôpitaux*, 1858.
(8) *Mémoire sur les paralysies.*
(9) Communication à la Société de médecine pratique.
(10) Marquez de Colmar, *Gazette des hôpitaux*, 1860.
(11) *De febribus biliosis*, 1818, p. 146.
(12) *De la fièvre typhoïde*, 1837.
(13) *Maladies des enfants.*
(14) *Loc. cit.* Dans ce cas il y eut paralysie du voile du palais, amaurose et presbytie.
(15) *Thèse sur les paralysies essentielles*, 1859. — Trois observations.

fièvre typhoïde ; Landry, Briquet et Mignot, après le *choléra ;* Graves, après la *scarlatine ;* Gubler, après la *variole ;* et tout le monde, depuis Ghisi, Chomel, Samuel Bard, Pinel, Orillard en a observé dans la *diphthérite*. C'est là qu'elles se montrent avec le plus de fréquence.

2° Les *convulsions*, telles que la chorée, s'observent dans la convalescence de la rougeole, de la scarlatine, du rhumatisme, de la pneumonie, etc. Dira-t-on que la chorée est morbilleuse, scarlatineuse, rhumatismale, pneumonique, etc. ? Cela serait absurde. La *contracture* s'observe dans la convalescence du choléra bien guéri, après la fièvre typhoïde, chez les nourrices, etc., etc. Sont-ce là des contractures cholériques, typhoïdes, laiteuses, etc. ? L'*hystérie*, maladie convulsive, apparaît souvent après la guérison d'une fièvre ou des phlegmasies, etc.

3° Les *spasmes* du poumon, du cœur, de l'œsophage se montrent dans les mêmes conditions de la convalescence. C'est ce que Sydenham (1) appelait de l'hystérie, même chez l'homme, et il en rapporte plusieurs exemples.

4° Tout le monde sait que des *névralgies* temporales, frontales, intercostales, utérines, lombaires, sciatiques, succèdent aux maladies aiguës et se montrent souvent dans leur convalescence.

5° Des *vésanies*, telles que la manie aiguë, la monomanie, l'imbécillité, l'hypochondrie, le nervosisme chronique, sont souvent la conséquence d'une maladie aiguë. La folie chez les femmes qui nourrissent, le délire chez les personnes faibles, l'imbécillité après la fièvre typhoïde, l'hypochondrie dans les souffrances prolongées, en sont la preuve.

Toutes les névroses peuvent donc être le résultat de la convalescence, et à ce titre les différentes *paralysies essentielles* des muscles de la vie de relation ou des organes des sens. Les preuves que je viens d'en donner me paraissent plus que suffisantes, et il est impossible de ne pas accepter leur signification.

Cet état de convalescence ne veut pas dire purement et simplement, comme on le croit, *état anémique*. Sans doute il y a de l'anémie, c'est-à-dire diminution des globules rouges; mais ce fait anatomique n'est pas seul la cause des paralysies qui succèdent aux maladies aiguës. La convalescence n'est pas seulement de l'anémie, c'est un état particulier dans lequel les forces et *tous* les éléments du sang sont profondément altérés. Anémie et convalescence ne sont pas choses synonymes, ainsi que je l'ai démontré dans ma *Pathologie générale* (2), et il y a dans l'un de ces états des éléments qui n'existent pas dans l'autre.

Pourquoi les paralysies essentielles de la convalescence des maladies portent-elles sur une partie plus que sur l'autre, sur certains muscles, sur un membre ou sur n'importe quel organe des sens ? Il est difficile de le dire. Dans cer-

(1) *De l'affection hystérique.*

(2) *Traité de pathologie générale et de sémiologie*, avec planches d'anatomie pathologique intercalées dans le texte. 1 vol. in-8, 1857, p. 319.

tains cas cependant, comme l'a fait remarquer M. Gubler, le siége de la paralysie est déterminé par le lieu même des manifestations de la maladie aiguë. Ainsi la paralysie du voile du palais est quelquefois la suite de l'angine simple et de l'angine couenneuse. J'ai vu la paralysie de la langue succéder à une fièvre typhoïde adynamique ayant produit la glottite; l'anesthésie cutanée être la conséquence de l'érysipèle, etc., etc. Ailleurs, au contraire, la paralysie musculaire ou sensoriale se manifeste sur des points ou sur des organes qui pendant la maladie aiguë n'avaient été la conséquence d'aucun trouble matériel. Jusqu'à présent cette manifestation est restée inexplicable.

Des différentes paralysies essentielles consécutives à la convalescence des maladies aiguës. — Les paralysies de la variole, de la fièvre typhoïde, de la bronchite, de l'angine simple, de la diphthérite, etc., se montrent sous des formes variées, avec une étendue différente, mais elles n'ont rien, quoi qu'on ait dit, qui, dans leur marche, les caractérise d'une façon toute spéciale. Ainsi j'ai vu, comme d'autres, la paralysie typhoïde occuper successivement les membres inférieurs, gagner les membres supérieurs, devenir générale, et s'accompagner d'amaurose comme la paralysie dite diphthéritique. J'ai déjà cité un de ces cas (1). Il s'agit d'une enfant qui me fut adressée par mon collègue M. Verneuil, et qui avait une paralysie générale compliquée d'amaurose, développée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Après quelques semaines de traitement, la paralysie musculaire disparut, mais il est resté une amaurose qui dure déjà depuis plusieurs années et qui ne disparaîtra sans doute jamais.

D'autres médecins ont même signalé la paralysie du voile du palais, l'amaurose, la presbytie et la surdité après la fièvre typhoïde (2). En tout cas, dans n'importe quelle convalescence de maladie aiguë, la paralysie peut être d'abord *partielle*, limitée aux membres inférieurs, puis s'étendre peu à peu aux membres supérieurs, et enfin devenir progressivement *générale*.

La paralysie qui succède à la diphthérite, à l'angine maligne ulcéreuse ou gangréneuse sans fausses membranes, a été entrevue, mais non décrite par Hippocrate (3), par Ghisi, Samuel Bard, Pinel, etc. Son rapport avec la diphthérite n'a été établi que de nos jours, et pour la première fois par M. le docteur Orillard, que l'on a dépouillé du mérite de ses travaux en ne le citant pas. Voici comment s'exprime notre savant confrère : « Quelques malades » conservent longtemps beaucoup de gêne dans l'acte de la déglutition; d'autres » tres restent frappés de surdité ou d'amaurose; enfin des désordres plus » graves ont été observés dans le système nerveux. Toute altération avait » cessé du côté de la gorge, les fonctions digestives avaient repris leur activité » ordinaire, le sommeil était régulier; mais les fonctions locomotrices

(1) *Du nervosisme*, p. 39.

(2) Gubler, *loc. cit.*

(3) Littre, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861, t. XXVI.

« se rétablissaient pas, les mouvements de préhension ne pouvaient s'exécuter « qu'avec un tremblement considérable, les doigts étaient incapables d'exercer « la moindre pression; les malades essayaient quelques pas, chancelaient « comme pris d'ivresse, et avaient besoin d'être soutenus pour éviter la chute; « quelques-uns ressentaient de vives douleurs dans les membres. Ces sym- « ptômes persistaient quelquefois pendant plusieurs mois pour disparaître « ensuite graduellement. Chez les enfants affaiblis par l'âge ou par les pri- « vations, la mort pouvait terminer ces accidents (1). » Telle est en abrégé l'histoire de la paralysie diphthéritique. Depuis lors elle a été observée et décrite par un très grand nombre de médecins, par MM. Morisseau, Bérard, Requin, Bretonneau, Trousseau, Lasègue, Pery, Maingault, Boutin-Ranque, Bouillon-Lagrange, Émile Bernard, etc.

Elle est infiniment plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Son début a lieu deux ou trois semaines après la guérison de la diphthérite, soit par la paralysie du voile du palais suivie de paralysie générale, soit par la paralysie des membres. La paralysie du voile est la conséquence de l'angine, et quand il y a paralysie suite de diphthérite cutanée sans angine, il n'y a pas de paralysie du voile du palais.

Avec la paralysie existent souvent de la diplopie ou de l'amaurose, du strabisme, de la surdité, des fourmillements dans les membres, des grimacements du visage et une inappétence plus ou moins prononcée. La nutrition est quelquefois profondément altérée, et les enfants sont dans une maigreur considérable.

L'intelligence est presque toujours intacte.

Elle dure quelques semaines et disparaît graduellement sous l'influence des moyens employés contre elle. Ailleurs elle se prolonge, entraîne l'atrophie des muscles et peut devenir permanente. J'en ai cité un exemple relatif à l'amaurose. Chez quelques sujets, enfin, elle peut donner lieu à une difficulté de déglutition et de respiration qui suspende la nutrition ou l'hématose. De tels accidents sont rapidement suivis de mort.

Traitement des paralysies essentielles en général.

Les paralysies essentielles qui succèdent aux maladies aiguës sont évidemment le résultat d'un trouble d'innervation en rapport avec l'altération particulière du sang propre à la convalescence, et n'étant pas complétement l'anémie.

C'est cette altération du sang et l'affaiblissement musculaire et sensorial qui en résulte qu'il faut combattre.

Contre l'altération du sang si analogue à l'anémie, quoiqu'un peu différente, le médecin devra conseiller :

(1) *Mémoire sur l'épidémie d'angine couenneuse qui a régné en* 1835, 1836, 1837 *dans le département de la Vienne* (*Société de médecine de Poitiers*).

Une alimentation fortifiante et souvent de la viande crue hachée, pilée et roulée dans du sucre ; du vin de Bordeaux et de Malaga.

Le fer en poudre de 5 à 25 centigrammes par jour, le sous-carbonate de fer à la même dose, l'eau de Spa et de Bussang.

Le vin de quinquina au Madère ou au Malaga.

La noix vomique à la dose de 2 à 15 et 20 centigrammes jusqu'à légères doses convulsives ; de même la strychnine à 10 ou 20 milligrammes pour 30 grammes de sirop, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Les bains salés et sulfureux, les bains de rivière et de mer, les frictions sèches et aromatiques, l'hydrothérapie, l'électricité, les ventouses sèches.

Aphorismes.

70. Toutes les névroses paralytiques, convulsives, spasmodiques douloureuses et mentales, peuvent être la conséquence de la convalescence des maladies aiguës inflammatoires, virulentes ou septiques.

71. Des paralysies essentielles se produisent souvent après la guérison des maladies aiguës dans le cours de leur convalescence.

72. Quand une maladie aiguë inflammatoire, virulente ou septique, a cessé, et qu'une paralysie musculaire ou sensoriale se déclare, c'est une paralysie essentielle indépendante de toute altération organique des nerfs et du cerveau.

73. La fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, la diphthérite, la dysenterie, l'angine simple, la bronchite, la pneumonie, sont quelquefois suivies de paralysie essentielle.

74. De toutes les paralysies essentielles développées dans la convalescence des maladies aiguës, la plus fréquente est la paralysie diphthéritique.

75. La paralysie diphthéritique est souvent bornée au voile du palais et au pharynx.

76. Les paralysies de la diphthérite et des autres maladies aiguës se montrent tantôt sous forme de paraplégie, tantôt sous forme de paralysie générale progressive, allant des extrémités inférieures aux extrémités supérieures, et accompagnée d'amaurose ou de surdité.

77. Jamais la paralysie essentielle limitée ne fait périr.

78. Une paralysie essentielle consécutive aux maladies aiguës, et comprenant les muscles du tronc et le diaphragme, est presque inévitablement mortelle.

79. La plupart des paralysies essentielles guérissent en quelques mois sous l'influence d'une bonne alimentation et des toniques.

CHAPITRE XVIII.

DES CONVULSIONS OU DE L'ÉCLAMPSIE CHEZ LES ENFANTS.

Le mot *convulsion* s'applique généralement à tous les mouvements involontaires désordonnés que l'on observe dans le système des muscles de la vie de relation. Il sert à désigner des affections fort différentes par leur nature, mais identiques par leur manifestation, qui est l'état convulsif.

Les convulsions s'observent principalement dans les muscles de la face et des membres.

On désigne aussi ces accidents nerveux par les noms d'*éclampsie des enfants* et d'*épilepsie puérile*, à cause de l'extrême ressemblance qui les rapproche de l'épilepsie confirmée des adultes. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette opinion.

Les convulsions s'observent surtout chez les enfants; mais les plus jeunes sont, parmi tous, les plus prédisposés à leur développement. Cela s'explique par la susceptibilité si exquise de l'encéphale à un âge où les sensations, quelles qu'elles puissent être, sont neuves et par cette raison dangereuses, si elles sont un peu fortes. Tout, dans la nature, se fait par degrés, et les organes doivent peu à peu s'accoutumer aux impressions extérieures. Le voile jeté sur la pupille à l'instant de la naissance ne se lève que par degrés, et l'enfant qui sort du sein de sa mère ne voit pas aussitôt le jour; il ne pourrait en supporter l'éclat, et il succomberait à sa douleur. La lumière l'entoure graduellement; elle ne devient éclatante que lorsque les organes de la vision y sont habitués. Il faut que le centre des sensations se familiarise avec les souffrances physiques et que les premières impressions soient aussi les plus faibles. Sans cela, il en résulte une secousse violente, un trouble dans l'action du cerveau, une perversion des fonctions motrices, la seule qui puisse exister chez les enfants à la mamelle. La douleur est donc quelquefois la cause occasionnelle de l'état convulsif; peu importe son siége, qu'il soit au milieu même des centres nerveux ou dans un point du corps tout opposé: le retentissement et le résultat sont les mêmes.

La nature des convulsions les sépare tout naturellement en deux catégories bien distinctes. Dans la première se trouvent les convulsions qui ne s'expliquent que par une excitation vive de la fibre nerveuse du cerveau sans lésion appréciable de cet organe. Nous les décrirons sous le nom de convulsions *essentielles*, *sympathiques* ou d'*éclampsie*. Les convulsions *symptomatiques* forment la seconde catégorie : ce sont celles qui résultent de la même excitation nerveuse produite par une altération matérielle de l'organe encéphalique.

Convulsions essentielles, ou éclampsie.

L'éclampsie n'est pas sous la dépendance des lésions matérielles des centres

nerveux ; elle se développe à la suite des causes les plus diverses, et assez se vent dans le cours de certains états morbides, toujours les mêmes, ce qui p faire croire à l'existence d'un rapport sympathique particulier entre le c veau et l'organe malade. Au reste, comme on admet volontiers ce rapport c l'adulte, je ne vois pas la raison qui le ferait rejeter chez les enfants. Il se m feste, chez le premier, par du délire, ce qui signifie la dissociation des idé et, chez le second, par la perversion de la seule et unique fonction cérébr qui existe, c'est-à-dire par le trouble des fonctions musculaires. L'état c vulsif doit être envisagé comme le seul délire possible chez le jeune enfant. dissociation des idées ne peut avoir lieu, puisque leur association n'est accomplie. Il est évident que les convulsions qui terminent une pneumo constituent un phénomène semblable au délire qui l'accompagne chez l'adu

J'ai recueilli 91 cas de convulsions chez les enfants à la mamelle. Sur nombre 57 ont eu des convulsions essentielles, et 34 des convulsions symp matiques. Parmi ceux qui m'ont offert les convulsions essentielles, 25 ont pris au milieu de la meilleure santé, et ils ont guéri sans en conserver traces ; 4 sont morts plusieurs mois après, à la suite d'autres maladies, s présenter d'altérations matérielles du cerveau ; 17 ont eu leurs convulsi dans le cours de plusieurs maladies graves dès leur début, ou à la fin de pneumonie, dans le cours de l'érysipèle, de la fièvre vaccinale, etc... 7 d'eu eux ont succombé. Un seul présenta une altération encéphalique : il exist dans le centre ovale de Vieussens, à droite, un tubercule environné de su stance médullaire intacte. Enfin il en est 11 que les circonstances ont éloign de moi et dont je n'ai pu suivre l'observation. Ce relevé est fort curieux ; démontre de la manière la plus positive que l'état convulsif peut se produir 1° au milieu de la santé la plus parfaite ; 2° pendant le cours des affectio aiguës, et il est synonyme de délire ; 3° enfin qu'il n'existe point de rapp entre certaines convulsions et les lésions des centres nerveux, puisque, d'ap nos autopsies, nous voyons que, sur 11 enfants qui succombent plus ou moi longtemps après l'accident, il en est 10 dont les organes encéphaliques ne pr sentent point d'altérations.

Les convulsions symptomatiques ont été occasionnées six fois par la m ningite granuleuse, deux fois par la méningite simple, quatre fois par l'enc phalite avec et sans tubercules du cerveau, une fois par une hydrocéph aiguë essentielle, une fois enfin par la présence d'un tubercule cérébral s encéphalite.

Voici une autre statistique qui démontre combien les convulsions sont fr quentes dans la première enfance, et qui fournit en même temps d'importan notions sur l'hérédité de ces accidents. Je l'ai rédigée, après une explorat attentive des malades dont j'avais la surveillance quand j'étais interne dan service des nourrices à l'hôpital Necker. Au lieu de vingt-quatre berceau il n'y en avait ce jour-là que seize qui fussent occupés. Sur ce nombre d' fants, sept avaient été antérieurement affectés de convulsions ; chez plusie

l'affection était héréditaire et inhérente à la famille. Je n'ai d'ailleurs accepté comme faits de convulsions que ceux qui ont été accompagnés de pertes de connaissance et d'agitation musculaire considérable. Voici ce tableau, un peu long peut-être, mais qui offre un véritable intérêt. C'est très à tort qu'un médecin l'a emprunté à la première édition de cet ouvrage pour le publier comme un résultat de ses observations personnelles.

« 1° Éléonore Chopin, âgée d'un an, n'ayant pas encore de dents, venait d'être vaccinée. La fièvre vaccinale fut assez vive et jeta l'enfant dans un état de malaise très prononcé. Elle eut dans le même jour deux convulsions, l'une qui dura vingt minutes, l'autre qui en dura six ; elles cessèrent sans laisser de traces.

» 2° François Lecoq, âgé d'un an, ayant deux incisives médianes inférieures, fut pris, au moment de l'évolution de l'incisive médiane supérieure, par des convulsions intenses. Il perdit connaissance ; sa face était vultueuse et noire ; ses membres se tordaient et s'agitaient de mille manières. Il resta dix minutes dans cet état, et tout revint à l'état naturel.

» 3° Une fille de vingt mois, antérieurement placée dans la même salle, avait eu, à l'âge de six mois, une convulsion survenue au milieu de circonstances bizarres. Une malade, dans un violent délire, fut amenée près du lit de cette enfant, qui en fut frappée de terreur, et tomba en convulsion complète pendant un quart d'heure. Un second accès convulsif a lieu à l'âge de quinze mois, à la suite d'une constipation de deux jours ; il a duré une heure et demie. Il a cessé après l'administration d'une potion éthérée.

» 4° Marie Wadeler, âgée de six mois, n'ayant pas encore de dents, fut prise de convulsions bien caractérisées, quinze jours après la naissance. Elles durèrent plusieurs jours de suite, et l'enfant fut amenée à l'hôpital, âgée de trois semaines. Après une constipation de vingt-quatre heures il survint de nouveaux accès convulsifs qui durèrent un jour et une nuit, avec des rémissions légères et une perte complète de connaissance.

» La mère de cette enfant avait déjà eu quatre enfants morts à la suite de convulsions. Le premier mourut à deux mois pendant une convulsion de sept heures, survenue à l'état de santé lorsqu'il était au sein. Le second, âgé de onze mois, avait été longtemps malade ; il toussait beaucoup, allait souvent à la garde-robe : il mourut dans le marasme au milieu des convulsions, après en avoir plusieurs fois offert dans le cours de sa maladie. Le troisième est mort à vingt-trois mois, après une suppuration prolongée de l'oreille ; il était devenu très maigre. Une convulsion, la première qu'il eut, termina son existence. Le quatrième vécut jusqu'à trois ans sans avoir de convulsions ; puis il se plaignit de maux de tête, il eut des vomissements, et enfin des accès convulsifs suivis de coma. Au neuvième jour tout était fini pour lui.

» La mère avait été fortement hystérique de quinze à vingt ans.

» 5° Jeanne Bois a eu des convulsions très fréquentes jusqu'à l'âge de sept ans, et il lui est resté à la suite de la dernière une déviation de la bouche. Elle a eu dix frères ou sœurs dont six sont morts au milieu des convulsions. Les quatre qui sont restés au monde ont eu les mêmes accidents nerveux jusqu'à sept ou huit ans. L'un d'eux a conservé une rétraction du sterno-mastoïdien.

» Cette femme a eu dix enfants en quinze ans. A l'exception du premier, tous ont été nourris par elle. Celui-ci a eu beaucoup de convulsions jusqu'à l'âge de trois ans. Il est mort à la suite d'une affection aiguë des entrailles.

» Le deuxième, âgé de huit mois, venait de percer ses deux premières inci-

sives, lorsqu'un matin, vers cinq heures, il eut des convulsions qui dure jusqu'au soir, et il succomba.

» Le troisième est mort à huit mois, ayant déjà douze dents, et sans a offert de phénomènes nerveux pendant cette évolution dentaire rapide Au mer.t de l'éruption de la douzième, l'enfant paraît un peu malade, il a d'abor la diarrhée, puis de la constipation; enfin il est pris de convulsions pendant quelles il meurt.

» Le quatrième avait seize mois. Déjà il avait eu des convulsions. Elles r rurent chaque jour pendant une affection thoracique qui dura deux mois. l augmentèrent d'intensité. La dernière fut très forte, dura dix minutes et se mina par la mort.

» Le cinquième est vivant. Les convulsions ont commencé chez lui à neuf r et ont duré jusqu'à sept ans. Il est dans sa neuvième année.

» Le sixième a sept ans. Il n'a eu que quatre convulsions dans sa vie. A la dernière, qui a eu lieu à dix-huit mois, il lui est resté pendant plusieurs maines une contracture du bras qui s'est dissipée graduellement.

» Le septième a eu trois convulsions. Il est mort à huit mois, à la suite d' entérite terminée aussi par des phénomènes convulsifs.

» Le huitième, âgé de trois ans, a également offert beaucoup de convulsi Depuis son dernier accès, il a conservé un abaissement et un tic de la paupi

» Le neuvième est mort à neuf mois, sans accidents nerveux, sans conv sions.

» Le dixième, Marie Bailly, âgée de six mois, actuellement dans le service nourrices, a déjà eu une convulsion au troisième mois de sa naissance. Ell duré dix minutes.

» Tous ces enfants ont été vus par le même médecin, qui leur donnait u potion antispasmodique. En attendant son arrivée, la mère avait la précaution leur mettre un grain de sel dans la bouche.

» 6° Léon Spinget a éprouvé une forte convulsion à l'âge de quatre mois. Il a six aujourd'hui. Cet accident eut lieu presque aussitôt après que l'enfant a teté sa nourrice, qui venait d'éprouver un violent mouvement de colère.

» 7° Jacques David, âgé de vingt mois, a eu fort souvent des convulsions d veloppées au milieu d'une santé parfaite. A dix-sept mois, il a eu la variole, el a été précédée par des accidents nerveux semblables. Dans ce moment, il e affecté d'une laryngite peu intense, et il a déjà eu deux accès convulsifs, av perte de connaissance, tuméfaction et cyanose de la face, turgescence des vein du cou, mouvements désordonnés des muscles des membres; phénomènes suiv d'une période d'abattement et de sommeil. La mère de cet enfant avait eu d convulsions jusqu'à l'âge de huit ans. »

Il n'y a pas de réflexions à produire après les faits que je viens de rapport Elles se trouveront mieux placées dans le cours de la description, et seront plus profitables au lecteur.

Causes.

L'éclampsie se développe sur les enfants les plus jeunes et sur ceux qui frent une prédominance marquée du système nerveux. On l'observe chez ce dont l'intelligence est précoce, qui indiquent jusqu'à un certain point ce veloppement prématuré par le jeu et la mobilité de leur physionomie. l sensations les plus fugaces y laissent leur empreinte; ces enfants manifest

bonne heure leurs caprices et leurs volontés; ils tyrannisent ceux qui les approchent; un bruit inattendu les trouble violemment; leur sommeil est agité, souvent il est interrompu par de légers mouvements musculaires, et quelquefois par des cris de terreur, qui les réveillent en sursaut et les laissent tout ébahis devant les personnes qui les entourent.

L'éclampsie est certainement héréditaire. Outre les faits rapportés par Baumes et par plusieurs auteurs, à l'appui de cette opinion, j'ai cité l'exemple d'une famille composée de dix personnes qui eurent toutes des convulsions dans leur enfance. Une d'elles se marie à son tour, et elle a dix enfants, qui, à l'exception d'un seul, eurent tous des convulsions. Six d'entre eux sont morts.

Qu'il me soit permis de rapporter aussi le fait d'une femme en proie à l'affection convulsive jusqu'à l'âge de dix-huit ans, et celui d'une autre femme hystérique après sa puberté, dont les enfants offrirent plusieurs fois des convulsions. J'ai vu, à ma consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, le plus curieux des faits de ce genre. Le voici dans ses principaux détails :

Observation I. — Madame Dufour, âgée de trente-huit ans, d'une bonne santé habituelle, a eu neuf grossesses à terme et deux fausses couches; trois enfants sont vivants; les deux aînés n'ont pas eu de convulsions. Cette femme, à la suite de son avant-dernière couche, a eu une antéversion de matrice et aussitôt après, pendant les deux années suivantes, elle a été prise de convulsions très fréquentes et très prolongées. Elle n'avait jamais eu antérieurement d'attaques de nerfs d'aucune sorte.

Chaque jour, elle eut pendant deux ans sept ou huit attaques convulsives, caractérisées par une sensation préalable, indiquant l'apparition des spasmes. — Une aura épigastrique était suivie de perte de connaissance plus ou moins complète; tantôt elle entendait sans pouvoir répondre ou faire un geste, et tantôt tous les sens étaient complètement fermés aux impressions extérieures. Elle ne sentait rien, et tombait n'importe où avec des convulsions des membres, sans jamais se blesser.

Ces attaques duraient une à deux heures.

Devenue enceinte, les attaques, moins fréquentes, ne paraissaient plus qu'une ou deux fois par jour; elles ont cessé après deux mois de grossesse, et après son accouchement tous les phénomènes convulsifs disparurent.

Son enfant a hérité de cette disposition, car au bout de deux jours il a été pris de convulsions très fréquentes au nombre de sept ou huit par jour, avec contracture des bras et perte plus ou moins complète de connaissance. L'enfant, nourri par sa mère, profite très bien, il est gros, gras et de fraîche apparence.

Ces accidents se sont reproduits tous les jours pendant deux mois et demi, et cessèrent au bout de quelques jours, sous l'influence de 50 centigrammes d'oxyde de zinc par jour.

Les émotions morales éprouvées pendant la grossesse paraissent avoir aussi leur influence dans le développement de cette maladie. MM. Guersant et Blache, qui n'adoptent cette circonstance qu'avec réserve, racontent qu'une femme excessivement irascible, surtout lorsqu'elle était enceinte, vit promp-

tement mourir ces trois enfants peu après leur naissance, au milieu d
vulsions bien caractérisées.

On indique également l'habitude comme une cause prédisposante au
vulsions multipliées. Il est cependant possible que les phénomènes n
qu'on croit devoir rapporter à cette influence soient le résultat de la
disposition générale qui a provoqué les premiers accidents. La seconde c
sion est, comme la première, la conséquence d'une excitation encéph
qui n'a d'effet qu'en vertu d'une constitution spéciale de l'enfant.

L'éclampsie s'observe à la fois chez les enfants pléthoriques comm
ceux qui sont dans l'anémie la plus complète. Ces deux causes concour
même résultat ; si opposés qu'elles soient en apparence, dit M. Barrier
produisent les mêmes effets : « L'état convulsif survient chez un nouv
» qui est dans un état pléthorique, et chez lequel on a lié trop tôt le
» ombilical, aussi bien que chez celui qu'une hémorrhagie abondante a
» anémique. »

Toutes les fortes sensations, la frayeur à la suite d'un grand bruit, l'é
sement au milieu d'une lumière très vive après la naissance, la jalousie
tée par les soins donnés à un autre enfant, la contrariété et la colère
impressions tactiles causées par le chatouillement ; la douleur produite p
langes trop serrés, dans lesquels une épingle vient percer la peau ; celle q
occasionnée par la dentition ou par une lésion organique quelconque,
ces sensations sont de nature à produire l'éclampsie. La chaleur et la vic
de l'air déterminent souvent les mêmes résultats : « Nous avons vu fréq
» ment, disent MM. Guersant et Blache, de jeunes enfants affectés de
» vulsions pour être restés dans une chambre fortement échauffée, dan
» salle de spectacle ou dans une église où se trouvaient réunies un
» nombre de personnes. »

Les altérations du lait chez les nourrices produisent quelquefois des
convulsifs chez les enfants. Ils surviennent lorsqu'une femme a eu mon
nément la sécrétion laiteuse troublée à la suite d'un violent accès de colè
que l'allaitement a eu lieu dans cette circonstance. Boerhaave a rapp
fait d'une nourrice qui, à la suite d'un accès de colère, donna le sein
enfant et lui occasionna une attaque d'éclampsie qui se reproduisit sous
d'épilepsie pendant toute la durée de son existence. Il est probable que
ces cas le lait, modifié dans ses proportions, devient pauvre, séreux e
ferme peu de crème. C'est sans doute à la suite d'une altération sembla
sous son influence que l'enfant dont parle M. Guersant tombait en conv
chaque fois que sa mère, fort impressionnable, lui donnait à teter après
abandonnée à son mari. On cite à ce propos l'exemple d'idiosyncrasies
culières, dans lesquelles on a vu le lait de femmes qui nourrissaient sans i
vénient leurs propres enfants, donner des convulsions aux autres. Ce f
rapporté par Sœmmerring, et reproduit par MM. Andral, Guersant, Bla
qui le livrent sans réflexions ; cependant il est tellement extraord

nement en dehors de ce que nous observons journellement, qu'on a peine à croire qu'une circonstance inconnue n'ait pas donné lieu à une méprise. Chaque jour, en effet, des centaines de personnes livrent leurs enfants à des nourrices mercenaires sans qu'il se produise rien de semblable.

On observe fort souvent l'éclampsie à la suite des troubles et des embarras des fonctions du tube digestif : la rétention du méconium, les vers intestinaux, la rétention d'urine, ainsi que le prouve le fait suivant, publié par le docteur Rousse.

Observation II. — R. R... naît le 15 avril 1860, parfaitement conformé. Depuis sa naissance, il a dormi pendant trente heures. On s'efforce alors de le réveiller pour lui donner de l'eau en attendant le lait de la mère, mais en vain, tant ses mâchoires sont serrées ; quelques légères convulsions ont encore lieu. La mère de cet enfant, qui en a nourri quatre, et qui est très intelligente, remarque qu'il n'a pas encore uriné. J'arrive, et je trouve le prépuce imperforé, sans urine entre le gland et lui, la vessie remplie de ce liquide. Avec une lancette j'y fais une ouverture assez large, puis j'écarte ses bords au point d'y faire saillir le gland par des pressions assez fortes et assez soutenues ; pas de méat urinaire, mais une petite ligne, presque lucide, qu'après maints efforts je romps avec une petite sonde aiguë. Tout aussitôt l'enfant urine abondamment, desserre ses mâchoires, n'a plus de convulsions, pleure, et revient pour ainsi dire à la vie. Ses urines ont été trouvées très albumineuses.

Mais si cet enfant était mort sans pouvoir uriner, pourquoi n'aurais-je pas trouvé tout l'appareil urinaire, et surtout les reins malades?... *Sublata causa, aliquoties tolluntur et morbi et læsiones organorum.*

La présence dans l'intestin de substances indigestes qui ne peuvent être assimilées, et qui oblitèrent son calibre, la présence de matières fécales, etc., sont autant de causes qui provoquent son apparition. D'une autre part, et par un contraste singulier, elle se développe quelquefois dans le cours d'un flux intestinal, intense, naturel ou provoqué par l'administration d'un purgatif.

Elle est enfin déterminée, ai-je dit, par la présence de vers dans le tube digestif. Cette cause, dont l'influence est généralement contestée, ne mérite pas cet abandon. Les convulsions sympathiques des vers intestinaux sont rares sans doute, mais elles existent, et si ce n'est à Paris, c'est du moins dans les localités ou les vers sont endémiques. Il est très probable que ceux de nos confrères qui ont accordé une si belle part aux accidents occasionnés par l'affection vermineuse ont observé dans ces localités. A Paris, les vers intestinaux sont fort rares, et s'observent principalement dans la fièvre typhoïde. Il y a aussi quelques ténias, et ce sont surtout ces helminthes qui produisent des accidents, l'hémorrhagie, l'éclampsie, etc. J'ai vu plusieurs de ces exemples chez des enfants et chez des adultes. M. Legendre en a rapporté un très grand nombre dans un mémoire récemment publié. Il y a même des cas où les convulsions se montrent à la suite du développement de larves d'insectes dans les cavités naturelles et dans les sinus frontaux. En voici un exemple.

On observe fréquemment, surtout dans les asiles d'aliénés, un mélange

d'accidents épileptiques et d'accidents hystériques. Mais le fait suivant, obse par MM. Dumesnil et Legrand du Saulle, tire des circonstances dont il accompagné un intérêt spécial :

Observation III. — *Cas rare de convulsions, larves dans les sinus fronta destruction de ces larves suivie de guérison.* — Douée d'une vive intelligenc jouissant d'une excellente santé, la jeune Lazarette, âgée de neuf ans, fut un du mois d'octobre 1851, prise tout a coup d'une céphalalgie frontale inte avec point fixe dans les sinus, éblouissements, vertiges, chatouillement de la pi taire et éternuments répétés.

Cet état se prolonges six semaines sans soulagement. De douce et obéiss qu'elle avait été jusqu'alors, la malade devint vive, emportée, colère insul grossièrement ses parents, brisant tout ce qui lui tombait sous la main, frap ses camarades, etc.

Toutefois cette exaltation cessa bientôt ; et, revenue au calme, Lazarette cuse une chaleur singulière entre les sourcils, et dit avoir rendu de petits gra de petites bêtes en se mouchant.

Pendant près de deux mois, ces mêmes corps sont excrétés sans que l'en ni sa mère s'en inquiètent. Un médecin appelé provoque une consultation, d laquelle on prescrit les révulsifs et les sternutatoires. On soumet les insecte l'examen de M. Brullé, professeur d'histoire naturelle de Dijon, qui y recon des larves appartenant à cinq espèces différentes : *chysomélines, stratyomi dermestes, lardarines, scolopendre* (Castèles).

Malgré les remèdes, les accidents s'aggravent. Le 25 mars 1851, Lazar perd tout à coup connaissance, et, à peine revenue à elle, tombe dans convulsions de plusieurs heures. Douze sangsues sont appliquées dans l'apr midi, et, bien que les crises ne se fussent pas renouvelées, on obtint, le 28 av l'admission de la malade dans l'asile des aliénés de la Côte-d'Or, où elle fut trai par M. Dumesnil.

Le 29, vers dix heures du matin, la jeune fille, au moment où elle porte à bouche une première cuillerée de potage, pousse un petit cri, tombe et se rou en divers sens. La joue est violette, les mâchoires sont serrées, les globes oc laires dirigés en dedans, les muscles à la fois contracturés et convulsés, le pou fréquent, petit, la respiration haletante ; il y a à la gorge une contraction évi dente.

Huit crises semblables se succèdent dans un court intervalle et laissent chaq fois l'enfant pâle, brisée, les yeux ternes. En vain on eut recours aux sina pismes, aux compresses réfrigérantes et même à une potion de chloroforme, q ne fut point gardée. On compta quarante-cinq accès durant d'une à trois minute Plus tranquille dès lors, Lazarette s'endormit profondément.

Le soir, après le réveil et dans la nuit, il y eut une agitation inhérente. U bain de trois heures à 36 degrés, avec affusions froides, reste sans effet. Tout fois, vers le déclin du jour, le sommeil arrive et rétablit la lucidité des pensé

Le 1er mai, nouveau bain de trois heures, potion avec teinture de cantharide dix gouttes.

Le 2 mai, plusieurs larves sont mêlées à l'excrétion nasale, il s'en présen également à diverses reprises dans la quinzaine.

Évidemment l'affection nerveuse était subordonnée à un foyer d'animalcul qui s'étaient introduits et développés dans les sinus frontaux. Mais comment l atteindre? M. Dumesnil imagine d'imbiber un morceau de papier non collé d'u ion de 2 grammes d'arséniate de soude pour 30 grammes d'eau distillé

puis de le rouler en cigarette qu'on fit fumer à la malade en lui enseignant à faire refluer la fumée par les narines.

Ces fumigations, donnant lieu à un peu d'irritation et d'ivresse, furent répétées matin et soir. On continua aussi les bains et la potion cantharidée. Jusqu'au 23 mai, il n'y eut aucun accident nouveau.

Ce jour-là il y eut trente-trois crises comme les premières, suivies d'exaltation mentale. On suspend le traitement, qui est repris le 25.

Le 30 mai, plusieurs larves qu'on suppose mortes.

Le 10 juin, larves nombreuses.

Le 15 juin, deux accès convulsifs assez forts, mais sans déroute intellectuelle.

Le 14 juillet, tout va bien ; peu de chaleur dans l'espace intersourcilier. Lazarette fume quatre cigarettes. La teinture de cantharides a été supprimée à cause de dysurie.

Le 15 juillet, par un temps orageux et après une sortie en ville, quatre ou cinq accès fugitifs.

A partir de cette époque jusqu'à la sortie de l'asile, le 8 novembre, la santé n'a souffert aucune atteinte.

Les renseignements en date du 14 avril 1853 attestèrent, trois ans et demi après, la solidité de la cure.

Il serait superflu d'insister sur les détails de cette observation. L'indication était claire, et l'attention doit seulement s'arrêter sur les moyens ingénieux mis en usage par M. Dumesnil. Chaque cigarette pourrait contenir 5 centigrammes de sel arsenical; plus, du reste, la préparation est dangereuse, plus on conçoit qu'il faille en observer l'application.

Quant au mode de propagation des larves, la pathologie comparée démontre que leur pénétration et leur développement dans des cavités naturelles, en communication avec l'air extérieur, n'est pas impossible.

Les convulsions s'observent enfin au début de certaines maladies inflammatoires et des fièvres éruptives. Ainsi M. Barrier raconte qu'il les a observées trois fois au moment de l'invasion de la pneumonie, et sans qu'il y ait eu de lésion dans l'axe cérébro-spinal : je les ai observées très fréquemment dans cette circonstance. Elles se manifestent aussi à l'instant du début de la variole, de la scarlatine et de la rougeole, à ce point que lorsqu'on les voit apparaître subitement avec un accès de fièvre, on peut prédire l'apparition de l'une or de l'autre de ces maladies. Tous les muscles de la face et des membres sont agités par de fortes contractions irrésistibles, et ces accidents sont alors d'un heureux augure, et peuvent, d'après Sydenham, faire présager une terminaison favorable des accidents. Elles apparaissent enfin dans le cours des maladies de l'appareil respiratoire, pendant la coqueluche, la pneumonie, etc. J'ai vu un enfant qui les avait conservées pendant dix-huit jours au moment de la période d'état de la coqueluche. Celles qui surviennent à la fin des maladies aiguës sont toujours d'un fâcheux augure, et indiquent presque constamment une mort prochaine.

Symptômes.

Les convulsions essentielles et sympathiques qui constituent l'éclampsie,

sont caractérisées par des mouvements involontaires, désordonnés, plus ou moins violents, des muscles de la vie de relation. L'intelligence est immédiatement abolie. Dans cet état, toute manifestation extérieure est impossible, mais l'exercice de la pensée reste quelquefois intact : c'est ce qui résulte des révélations d'enfants arrivés à un âge assez avancé pour rendre compte de leurs sensations.

Chez quelques enfants, les convulsions sont mal caractérisées ; il n'y a point de véritable attaque convulsive, et l'on observe une sorte d'absence momentanée avec quelques soubresauts dans les membres, et un égarement momentané des yeux, qui fuient sous la paupière supérieure. C'est ce que les personnes étrangères à la médecine nomment des *convulsions internes*.

L'éclampsie est intermittente et paraît sous forme d'attaques, dont le nombre et la durée sont excessivement variables : le début des attaques est ordinairement brusque et inattendu. Elle est annoncée chez les enfants déjà raisonnables par quelques prodromes dus à l'exagération de la susceptibilité nerveuse habituelle. Il n'y a point de prodromes chez l'enfant à la mamelle, du moins il n'y a point d'accidents appréciables pour le médecin.

Ces attaques paraissent subitement et sans qu'aucune influence vienne rendre compte de leur apparition ; ailleurs, c'est à la suite des influences morales éprouvées par la nourrice, à la suite de quelques-unes des circonstances dont j'ai déjà parlé, dans le cours de la fluxion dentaire ou au moment d'une affection aiguë sérieuse, qu'on les observe.

L'enfant paraît surpris par une impression étrange ; son regard devient fixe et paraît comme illuminé ; son corps s'allonge ; ses membres s'étendent et se roidissent ; sa tête se renverse en arrière ; son visage se boursouffle et se colore d'une rougeur subite ; puis, après un instant d'incertitude et d'angoisse, on voit que la tête s'incline à droite ou à gauche, que les mâchoires se serrent, que les membres, fortement tendus, sont soudainement agités par des efforts alternatifs de flexion et d'extension, et que la respiration est comme suspendue. Aussitôt un effort intérieur semble se produire, la face bleuit, les veines superficielles du cou deviennent saillantes et se dessinent sous la peau ; à cet instant les mouvements convulsifs apparaissent. Le regard est complétement égaré, les yeux sont perdus, très mobiles : chacun d'eux s'agite pour son compte, l'un prend une direction que l'autre ne suit pas, il tourne sur lui-même pendant que l'autre est immobile ; et puis ils vont se cacher sous la paupière supérieure de manière à ne laisser apercevoir qu'une surface blanche, celle de la sclérotique, dont l'aspect est si étrange. Les traits sont déformés, et quelquefois rendus effrayants par suite des contractions bizarres des muscles de la face. Les lèvres sont tirées dans tous les sens ; leur contraction rapide communique au visage les expressions alternatives et variées de satisfaction ou de colère. Les doigts se fléchissent et s'étendent tour à tour sans que leur position ait aucune importance diagnostique. Les mains sont tournées en dedans ; ils se convulsent, leur flexion s'opère : elle a lieu par saccades, qui ra-

tenent la main sur la poitrine, et qui cessent tout à coup pour laisser cette partie revenir à sa position première. Les orteils s'écartent et se fléchissent vers la plante du pied; les genoux se relèvent, et puis le membre s'allonge de nouveau. La respiration est irrégulière; les mouvements de dilatation du thorax sont rapides, courts, incomplets, quelquefois intermittents, et suivis d'une profonde inspiration, à laquelle succède un moment de repos qui dure plusieurs secondes, et pendant lequel on observe l'action opposée des muscles inspirateurs et expirateurs, dont la puissance s'annule et s'entre-détruit. Après ce temps de repos revient une nouvelle série de mouvements respiratoires, accompagnés des mêmes phénomènes. Le pouls est difficile à saisir au moment du spasme musculaire des membres; mais dans la détente de la convulsion, on le trouve toujours notablement accéléré, et porté au chiffre de 110 à 120 pulsations par minute. Les muscles de la vessie et du rectum sont également affectés. Ils cessent d'être soumis à l'empire de la volonté, et souvent alors les matières contenues dans ces organes s'écoulent sans que l'enfant puisse les retenir.

Le désordre des fonctions musculaires est souvent accompagné par la perversion des sens et de l'intelligence.

Celle-ci est ordinairement troublée : les enfants restent étrangers aux choses qui les entourent; le bruit, les éclats de la lumière ne paraissent produire aucune impression sur eux. La sensibilité cutanée n'est détruite qu'en partie. La manifestation de la souffrance est obscure, mais il semble qu'un effort et qu'une contraction légère de la face indiquent encore la perception de la douleur produite par le pincement de la peau ou la piqûre de cette partie. Dans les fortes attaques convulsives, les excitations les plus douloureuses ne sont pas suivies d'un effet appréciable; rien ne révèle la conservation des fonctions sensoriales et organiques, qui paraissent entièrement anéanties.

Les phénomènes convulsifs se combinent de mille manières et peuvent offrir des aspects fort variés, que l'observation journalière fait connaître. On les observe rarement tous à la fois chez le même enfant. Ils sont souvent suivis par une contraction permanente de quelques-unes des parties affectées, ce qui peut être la cause d'une difformité pour l'avenir. J'en ai cité un exemple. Ils occupent plus souvent les membres, et de préférence les membres supérieurs. Ils sont souvent plus prononcés d'un côté que de l'autre. Cette différence est surtout sensible dans les convulsions symptomatiques dont je parlerai plus loin.

La durée de l'attaque convulsive est essentiellement variable en raison de son intensité. Les plus faibles sont celles qui se prolongent le plus longtemps; les plus violentes, au contraire, disparaissent très vite. Il serait impossible qu'un enfant résistât à la perturbation qu'elle occasionne dans son organisme. Les unes cessent en quelques minutes; les autres après plusieurs heures et après plusieurs jours. Alors les phénomènes convulsifs ne sont pas continus, ils se présentent sous forme d'accès plus ou moins longs, qui se répètent à des

intervalles très rapprochés, dans lesquels l'enfant reste sans connaissance et en proie à une sourde agitation. Chez un enfant atteint de coqueluche, les convulsions ont duré dix-huit jours de suite. Il y avait trois ou quatre paroxysmes par jour.

Lorsque l'accès convulsif est près de disparaître, on observe un mouvement général de détente : la face pâlit, les paupières s'abaissent et les traits expriment l'abattement le plus profond; les mouvements musculaires se calment et se manifestent à des époques plus éloignées; la roideur des membres se dissipe, la respiration reprend son cours. L'enfant tombe dans l'immobilité la plus complète, et le sommeil arrive pour mettre un terme à tous ces accidents. Quelquefois l'éclampsie se termine par une syncope. Je vois souvent un petit garçon atteint de convulsions, à un an, au jardin des Tuileries ; il était avec sa nourrice. Celle-ci, le voyant tomber, immobile et flasque, le crut mort et le rapporta chez les parents dans son tablier. En arrivant chez lui, l'enfant reprit sa connaissance, se mit à jouer, et dîna comme tout le monde. Ce fut la seule attaque d'éclampsie qu'il eut à subir.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi; loin de s'amoindrir, l'excitation nerveuse semble quelquefois augmenter, et les attaques convulsives se terminent par la mort. « Elle survient de deux manières. Ou bien elle commence par l'encéphale : cet organe, trop vivement surexcité, cesse d'agir sur les autres organes; la respiration s'arrête, l'hématose n'a plus lieu, et la mort est certaine. Ou bien elle commence par les poumons : la respiration, gênée par les contractions irrégulières des muscles respirateurs, ne s'exécute qu'imparfaitement; les poumons s'engorgent, le sang ne les traverse qu'en partie; bientôt la suffocation devient imminente, et elle a lieu si des mouvements plus réguliers ne viennent rétablir et la respiration et la circulation (1). »

Il paraît n'être pas toujours facile de déterminer la réalité de la mort à la suite des convulsions. On cite même plusieurs exemples de méprises dans lesquelles des enfants, qu'on croyait perdus pour jamais, sont revenus à la vie; et il y a quelques années, tout le monde a pu lire dans les feuilles politiques l'histoire d'un jeune enfant, déja placé dans son cercueil, exposé dans une chapelle, qui fut trouvé le lendemain assis sur son séant et occupé à se distraire avec les objets précieux que l'on voulait enfermer avec lui. C'est là un de ces erreurs, comme j'en ai rapporté tant d'autres dans mes recherches sur la mort apparente, et qui n'arrivent qu'à des ignorants ou à des personnes étrangères à la médecine (2). Il faut donc se garder de juger trop vite, et apporter à la vérification du décès toute la prudence et toute l'attention convenables. On ne doit affirmer la réalité de la mort que sur la disparition complète et prolongée des battements du cœur, étudiée par l'auscultation.

(1) Trachet, *Des convulsions dans l'enfance.*

(2) *Traité des signes de la mort et des moyens d'empêcher les enterrements prématurés*, ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, 1849.

L'éclampsie qui n'est pas assez violente pour occasionner la mort ne se termine pas toujours sans laisser de traces de son passage. Quelques enfants recouvrent, aussitôt après l'attaque, leur sérénité naturelle et ne paraissent pas avoir été malades. Les autres conservent un léger mouvement fébrile qui cesse rapidement ; ils ont assez souvent des douleurs dans les membres convulsés, avec des ecchymoses à la surface de la peau, ou une albuminurie passagère causée par l'hypérémie rénale produite au moment de l'attaque convulsive. — En voici un bel exemple, chez une fille qui n'avait jamais eu de convulsions. L'albuminurie dura cinq jours, et disparut.

Observation V. — *Éclampsie simple ; albuminurie passagère sans glycosurie.* — Joséphine Bruyère, entre le 2 juillet 1859 au n° 43 de la salle Sainte-Geneviève, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour une teigne faveuse, avec éruption d'impétigo sur le cuir chevelu.

Cette enfant, malade depuis six mois, a la tête couverte de croûtes grisâtres, humides, avec suppuration abondante infecte. La tête était fort douloureuse, et il fallut attendre avant de commencer l'épilation.

Une épilation fut faite. Quinze jours après, sans coma, le matin, l'enfant, qui n'est pas sujette aux convulsions et qui n'en a jamais eu, fut prise d'une attaque convulsive avec perte de connaissance et de sentiment.

Des mouvements, convulsifs violents se produisirent par tout le corps, surtout au côté droit ; le visage était rouge, sans écume à la bouche, et l'enfant ne s'est pas mordu la langue. Cet état dura quelques minutes, se calma ; puis revinrent les convulsions, suivies d'un nouveau repos, et enfin l'enfant tomba dans un état comateux complet avec insensibilité absolue d'où il était impossible de la tirer. Elle resta ainsi durant plusieurs heures ; la connaissance et le sentiment reparurent, et il ne resta qu'un peu d'hébétude.

Les urines recueillies après la fin du coma étaient jaunes, avec dépôt muqueux abondant. Elles précipitaient abondamment l'albumine par l'acide nitrique et par la chaleur. Le dépôt était formé de globules de mucus, ne renfermait pas de sang, ni de tubes urinifères ; elles ne renfermaient pas de sucre.

Le jour suivant, sans nouvelles attaques convulsives, les urines, plus claires, sans dépôt, contenaient encore de l'albumine, mais en moindre quantité ; elles ne renfermaient pas de sucre.

Au troisième jour l'albuminurie persistait encore, quoique plus faible.

Au quatrième jour il n'y avait plus d'albumine.

Les urines, examinées de nouveau après quinze jours, conservaient leur composition naturelle, et il n'y a pas eu d'attaque convulsive nouvelle. L'enfant a l'intelligence bornée et reste pour se guérir de la teigne.

A la suite de l'éclampsie quelques enfants conservent une rétraction ou une paralysie de certains muscles convulsés, et ils deviennent difformes. C'est aux convulsions qu'il faut rapporter l'origine de certaines contractures permanentes qui entraînent la déviation de la tête ou *torticolis*, la rétraction des membres, la paralysie musculaire partielle, etc. J'ai vu plusieurs enfants dont le torticolis n'avait pas d'autre cause. L'abaissement de la paupière supérieure, le strabisme, la déviation de la bouche, quelques contractures des membres, se rattachent souvent à cette influence. Ces accidents succèdent aux convulsions essentielles comme aux convulsions symptomatiques ; ils ne

sont pas plus en rapport avec les altérations de l'encéphale que certaines par[illegible] [illegible] et certaines paralysies nerveuses observées chez les nerveuses et chez les hystériques. L'autopsie n'en révèle pas mieux la cause que ce[illegible] des phénomènes convulsifs eux-mêmes.

Il en est de l'éclampsie, chez certains enfants fort susceptibles, comme [illegible] phénomènes nerveux offerts par les femmes hystériques : la récidive est t[illegible] fréquente. Tant que la constitution générale n'a pas été modifiée, elle se m[illegible] [illegible] sous l'influence des causes les plus fugaces. Une première attaque p[illegible] [illegible] à une seconde, et les sujets qui sont placés dans ces conditions s[illegible] en proie à ces accidents au moins plusieurs fois dans le cours de leur enfan[illegible]

Lorsque, chez d'autres sujets, les attaques convulsives se manifestent da[illegible] le cours d'une maladie aiguë, elles remplacent le délire, et cessent pour [illegible] plus se montrer aussitôt que la cause qui les produit vient à disparaître.

Diagnostic.

Les convulsions de l'éclampsie, c'est-à-dire les convulsions essentielles, distinguent très bien des convulsions produites par les affections des ménin[illegible] du cerveau et de la moelle épinière, en raison des phénomènes particuli[illegible] [illegible] ou autres, qui accompagnent constamment ces diverses maladi[illegible] Une seule affection, l'épilepsie, se rapproche tellement de celle que nous v[illegible] nons de décrire, que, pour quelques auteurs, au nombre desquels il faut plac[illegible] Sauvages et Cullen, toute distinction entre elles est impossible à établir. [illegible] phénomènes convulsifs sont à peu près les mêmes dans l'un et l'autre ca[illegible] seulement, dans l'épilepsie, les attaques sont moins prolongées et se repr[illegible] [illegible] à des intervalles fort éloignés les uns des autres. En outre, elles [illegible] montrent pendant toute la durée de l'enfance, et continuent encore au d[illegible] de cette époque pendant le reste de la vie.

Pronostic.

Sous le rapport de leur pronostic, il faut distinguer les convulsions éclam[illegible] [illegible] en deux classes, celles qui sont *primitives*, et dépendantes d'un é[illegible] morbide qui va paraître, ou indicatrices de cet état morbide, et celles qui s[illegible] [illegible], intimement liées à une maladie aiguë qu'elles viennent quelq[illegible] [illegible] terminer [illegible]. Les convulsions [illegible] causées par la dentition, par [illegible] intestinaux, par de petites souffrances, par la chaleur, sont les mo[illegible] graves [illegible] celles qui résultent de la mauvaise qualité du lait de la nourrice [illegible] des vices de régime [illegible] [illegible] et en raison [illegible] [illegible] souvent la mo[illegible] [illegible] qui annoncent [illegible] de certaines fièvres éruptives, et en[illegible] [illegible] la variole, sont d'un bon augure [illegible] les [illegible], dit Sydenha[illegible]

[illegible]

une éruption de bonne nature, peu confluente, dont la marche sera naturelle et la terminaison toujours favorable. Quant aux convulsions *secondaires*, *terminales*, celles qui surviennent dans le cours de la pneumonie, de la coqueluche, de la variole, etc., il est rare que la mort ne soit pas leur terme naturel.

Traitement.

Il n'est personne qui n'ait entendu soutenir par des personnes étrangères à la médecine, avec la meilleure foi du monde, que le meilleur moyen de faire cesser une attaque convulsive chez un enfant consistait à lui appliquer un grain de sel sur la pointe de la langue. Quelque naïf et ridicule qu'il puisse paraître, ce moyen vulgaire renferme une vérité importante : il démontre la vanité des prétentions de la thérapeutique à l'égard de l'éclampsie; il épargne la peine de démontrer ce qu'il fait comprendre de la manière la plus explicite, savoir : qu'une attaque convulsive guérit souvent par les seuls efforts de la nature et sans l'intervention des médecins.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Un grand nombre de cas d'éclampsie restent, par la nature de leurs causes, en dehors de ceux qu'il faut abandonner à eux-mêmes. Ceux-là méritent une attention toute spéciale. Combien de fois ces accidents n'ont-ils pas disparu à la suite du transport du malade dans un appartement moins échauffé que celui où il se trouvait! combien, après la cessation de la gêne produite par des langes trop serrés! combien, enfin, après la disparition de la douleur occasionnée par une épingle placée de manière à entamer la peau !

Si ces premiers soins ne suffisent pas pour faire cesser les phénomènes convulsifs, on peut, avec quelques chances de succès, essayer de produire une perturbation violente dans les sensations du petit malade, en l'exposant quelques minutes, dépouillé de ses vêtements, à l'air extérieur, en le couchant sur une table de marbre, ou en soumettant la tête nue à l'irrigation de deux ou trois litres d'eau froide. Des sensations aussi brusques et aussi pénétrantes que celles-là manquent rarement leur effet.

Quand on suppose que les accidents se rattachent à l'introduction dans le tube digestif d'une trop grande quantité de substances alimentaires, ou à l'introduction d'aliments de digestion difficile, il faut administrer un vomitif ou déterminer le vomissement par le chatouillement de la luette avec l'extrémité d'une plume. On trouve dans tous les auteurs et dans les recueils périodiques un grand nombre d'exemples de cette nature dans lesquels cette médication a été couronnée d'un plein succès. Des évacuations abondantes entraînaient au dehors des morceaux de pommes, de carottes, de haricots, non digérés, etc., qui par leur présence dans l'estomac avaient déterminé une agitation intérieure vive, rapidement suivie des phénomènes nerveux dont nous avons parlé.

Lorsque les garderobes sont habituellement difficiles, et lorsqu'il n'y en a pas eu depuis plusieurs jours, il *faut palper le ventre* et chercher à constater

par cette exploration si les intestins sont distendus par des matières excrémentitielles. On administre alors un purgatif. Le calomel à la dose de 10 à 15 centigrammes; la manne dissoute dans du lait, 8 à 15 grammes pour 60 grammes de liquide; l'huile de ricin émulsionnée ou dans du café, à la dose de 5 à 15 grammes, sont chez les jeunes enfants les moyens qu'il convient d'employer. Si l'enfant rejette habituellement des fragments de ténia ou des lombrics, et même des oxyures vermiculaires, il faut administrer les vermifuges et insister sur leur usage jusqu'à l'entière disparition de ces entozoaires.

Si les convulsions se développent au moment de la dentition, et si l'examen des gencives permet de constater une tension considérable de ces parties, ce qui implique la douleur, on peut supposer un rapport entre les phénomènes nerveux et l'évolution dentaire. Il peut être convenable de débrider la gencive par une incision cruciale ou par l'excision au point comprimé par la dent près de sortir. Cette opération, facile à pratiquer, atteint un double but : elle favorise l'évolution dentaire, et par le faible écoulement de sang qu'elle entraîne, elle diminue la fluxion gingivale.

Quelquefois les convulsions s'accompagnent d'un tel effort sanguin vers le cerveau, que l'on peut juger de la congestion de cet organe par la congestion de la face. Si les convulsions se prolongent pendant longtemps, et si la coloration du visage persiste sans intermittences, il y a urgence à employer les émissions sanguines. La congestion encéphalique a été la conséquence du premier effort convulsif; une fois établie, elle est devenue cause à son tour; c'est elle qui entretient les accidents. Elle cesse assez vite à la suite de l'application de sangsues. Deux au plus peuvent suffire; il est rarement nécessaire d'en augmenter le nombre. Cela doit être ultérieurement décidé. On les applique derrière les oreilles, et mieux, je crois, loin de la tête, aux condyles du fémur ou aux malléoles, ainsi que le conseille M. Chauffard, dans le but de faire une saignée révulsive.

Il faut enfin arriver à combattre les phénomènes nerveux à l'aide des antispasmodiques. L'eau de fleur d'oranger dans un verre d'eau sucrée est la première chose qu'il faille faire prendre à l'enfant. Puis on administrera l'éther sulfurique ou le chloroforme dissous dans l'alcool, une partie sur huit, dans du sirop ou en potion à la dose de 50 centigrammes. On peut également, dans le cas où les convulsions se reproduisent souvent chez un enfant, les traiter par les inhalations de chloroforme au moment des accès, et même aussi chaque jour dans l'intervalle des attaques convulsives. Alors la chloroformisation ne doit pas être poussée très loin. L'oxyde de zinc se donne souvent seul ou combiné avec l'extrait de jusquiame noire. Ce médicament est très en faveur auprès des médecins qui s'occupent des maladies des enfants. Tous le citent comme très efficace dans le traitement des convulsions. Il faut, chez les jeunes enfants, le faire prendre en poudre mêlée à du sucre à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme et plus pour les vingt-quatre heures.

℞ Oxyde de zinc..... 0gr.,50 à 1 et 2 grammes.
Sucre ..... 0gr.,50 à 1 gramme.
Mêlez et divisez en paquets de 0gr.,25 centigrammes. — Pour 2 à 6 prises dans les vingt-quatre heures.

L'oxyde de zinc a été associé au musc par MM. Guersant et Blache. Ces médecins en ont obtenu des résultats très favorables. On emploie aussi le camphre, la valériane et l'asa fœtida en lavements, avec des avantages diversement appréciés et fort incertains. La plupart des autres antispasmodiques ont été tour à tour mis en usage sans qu'aucun d'eux, par une valeur bien réelle, ait acquis les suffrages unanimes. On pourrait compter les succès qui ont suivi leur administration ; quant aux revers, on n'ose en parler.

L'opium a été fort souvent employé dans le traitement des convulsions ; il paraît être surtout efficace dans les convulsions de longue durée et dans les convulsions qui succèdent à des dilacérations de la peau, des piqûres d'épingle, etc. Mais ici, comme dans toute circonstance, chez l'enfant, l'emploi de ce médicament exige beaucoup de prudence et de grandes précautions. Il peut augmenter la congestion cérébrale et entretenir les phénomènes nerveux que l'on veut faire disparaître. Il détermine, en outre, une constipation plus ou moins opiniâtre qui n'est pas toujours sans dangers. Lorsque j'administre l'opium chez des enfants à la mamelle, je fais choix du laudanum ou de la teinture de Rousseau à la dose de 2 à 4 gouttes pour 40 grammes de véhicule.

Les convulsions qui sont sous la dépendance de l'anémie, et qui se développent chez les enfants qui ont eu des pertes de sang considérables, sont avantageusement combattues par les préparations martiales. Le sous-carbonate de fer, la limaille bien porphyrisée, peuvent être indifféremment mis en usage. L'une comme l'autre de ces substances sont facilement avalées par les enfants, lorsqu'on les associe à du sucre ou à une conserve agréable. On les donne à la dose de 15 à 25 centigrammes par jour.

Aphorismes.

80. Dans la première enfance, les hallucinations et l'éclampsie remplacent le délire.

81. Chez les jeunes enfants, l'hallucination est caractérisée par des mouvements de peur et par des gestes qui semblent écarter ou attirer l'objet de la préoccupation.

82. Les convulsions, dites éclampsie, résultent d'une perturbation directe ou sympathique, primitive ou consécutive, des fonctions nerveuses.

83. Les convulsions éclamptiques se produisent sans lésion matérielle appréciable du système nerveux.

84. L'éclampsie est ordinairement héréditaire.

85. Une première attaque d'éclampsie *prédispose* à une seconde.

86. Une convulsion subite et rapide, non suivie de fièvre, ne présent aucun danger.

87. L'éclampsie qui se montre pendant la première enfance, et qui s produit encore à la fin de la seconde, s'est changée en épilepsie.

88. L'éclampsie engendre les paralysies partielles, et celles-ci engendren les difformités.

89. Des convulsions subites, violentes, suivies d'un assoupissement pro longé, mais sans fièvre, doivent faire craindre l'épilepsie.

90. Une convulsion subite, suivie de fièvre, est toujours le symptôme d début d'une fièvre éruptive ou d'une pneumonie, et elle annonce de grand dangers.

91. Les convulsions initiales de la variole sont d'un bon augure pour l terminaison définitive de la maladie.

92. Les convulsions qui terminent une affection viscérale aiguë ou chro nique sont presque toujours symptomatiques d'une lésion consécutive du cer veau et des méninges.

93. L'éclampsie engendre assez souvent l'albuminurie.

94. Les convulsions qui traversent une maladie aiguë sont fort graves.

95. Les convulsions qui viennent compliquer la pneumonie sont mor telles.

96. Le grand air, la fraîcheur et l'aspersion du visage avec de l'eau froid suffisent au moment d'une attaque d'éclampsie, mais on ne l'arrête pas un fois qu'elle est commencée.

Ceux qui, à l'aide de médicaments, prétendent faire cesser une attaqu d'éclampsie, ressemblent à ceux qui secouent un sablier pour hâter la march invariable et réglée de la poussière qu'il renferme.

Il faut surtout connaître la cause de l'éclampsie pour être en mesure d prévenir son retour.

CHAPITRE XIX.

DES CONVULSIONS SYMPTOMATIQUES.

Les convulsions qui sont sous la dépendance des altérations anatomiqu des centres nerveux ou de leurs enveloppes ne prennent plus le no d'éclampsie ; elles sont qualifiées du nom de *convulsions symptomatiqu* Elles coïncident avec les lésions suivantes : l'épanchement séreux ou sangui des méninges encéphaliques ou rachidiennes ; la phlegmasie de la moelle et d cerveau ; enfin avec les productions accidentelles développées dans ces dive organes.

Comme on le voit, les phénomènes convulsifs perdent toute l'individuali qu'ils nous ont offerte dans les convulsions essentielles. Ils sont ici l'expre d'un état anatomique morbide des centres nerveux. Ils dépendent de c

altérations de la manière la plus absolue; ce sont des accidents secondaires à ces altérations.

J'ai précédemment décrit les convulsions essentielles comme une de ces affections dont la nature est inconnue, et qu'il était nécessaire d'individualiser. Il n'en peut être de même pour les convulsions symptomatiques. Puisque leur cause est palpable et que leur nature se trouve dévoilée, il faut d'abord décrire les maladies dans le cours desquelles elles apparaissent. Ces accidents prendront ensuite place au milieu des symptômes de ces diverses maladies.

Je vais exposer successivement l'histoire des maladies des centres nerveux des jeunes enfants dans le cours desquelles on observe les convulsions, en commençant par la méningite et l'hydrocéphale aiguë et chronique. Puis j'étudierai l'encéphalite et les tubercules du cerveau, maladies rarement isolées, presque toujours unies à la méningite, sinon primitivement, du moins vers leur terminaison, et je terminerai par l'hémorrhagie méningée et par cet état si fréquent chez les nouveau-nés, auquel on a donné le nom d'apoplexie ou de mort apparente des nouveau-nés.

CHAPITRE XX.

DE LA MÉNINGITE.

On donne le nom de *méningite* à l'inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau en le séparant de la dure-mère et du crâne.

Cette maladie occupe à la fois la pie-mère et l'arachnoïde. Elle a été fort souvent confondue avec certaines maladies de l'encéphale. On la décrivait jadis sous les noms de *phrénésie*, de *phrenitis*, de *fièvre cérébrale*, d'*hydrocéphale*, d'*arachnitis*, de *pie-mérite*, termes trop vagues ou trop précis à la fois, qui ont été abandonnés par le plus grand nombre des médecins.

La phlegmasie est rarement bornée aux membranes du cerveau. Elle est souvent accompagnée par l'encéphalite, par des productions accidentelles, qui sont ordinairement de nature tuberculeuse, et par un épanchement séreux ventriculaire considérable. Les complications que je viens de désigner par les mots *encéphalite* et *hydrocéphale aiguë* n'offrent qu'un intérêt secondaire, et ne méritent pas qu'on les place en première ligne dans la description de la méningite.

La méningite a longtemps été considérée comme une maladie franchement inflammatoire dont la nature était toujours identique. Ses caractères anatomiques ont été décrits par un grand nombre d'auteurs avec une constante uniformité. Quelques-uns seulement, ayant été frappés de l'abondance de l'épanchement séreux ventriculaire, fixèrent leur attention sur ce phénomène, pendant longtemps considéré comme le phénomène principal de la maladie, et ils le désignèrent en conséquence sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*. Ce fut un

tort, car, dans ces cas, quoique les altérations des méninges soient peu considérables, elles n'en sont pas moins bien caractérisées. Ce sont là de véritables méningites, et l'hydropisie n'est plus qu'un accident secondaire.

Plus tard, au moment où l'anatomie pathologique devint l'objet d'une étude très minutieuse, on découvrit, dans la méningite, plusieurs caractères importants qui devaient modifier les croyances des médecins au sujet de sa nature intime. Déjà Willis avait déclaré que les accidents cérébraux étaient aussi facilement occasionnés par la phlegmasie et par la suppuration des méninges que par les nodosités et par les tubercules qu'elles renfermaient : « *Nec minus a phlegmone et abcessu, quam hujusmodi meningitis et tuberculis nonnunquam cephalalgiæ lethales et incurabiles oriuntur.* » Bichat, dans les considérations préliminaires de son *Anatomie générale*, parlant des maladies du tissu séreux, avait dit : « Que le tissu séreux appartienne au cerveau par l'arachnoïde, au poumon par la plèvre, au cœur par le péricarde, aux viscères gastriques par le péritoine, etc., cela est indifférent. Partout il s'enflamme de la même manière ; partout les hydropisies arrivent uniformément, etc. ; partout il est sujet à une espèce d'éruption de petits tubercules blanchâtres, comme miliaires, dont on n'a pas, je crois, parlé, et qui cependant, mérite une grande considération. » Ces observations avaient été oubliées. M. Guersant, frappé de la coïncidence remarquable qui existait entre les accidents ordinaires de la méningite et la présence de granulations dans les méninges, de tubercules dans les ganglions bronchiques et dans les poumons, regardait ces enfants comme des phthisiques qui mouraient par le cerveau. Mais il n'avait aucune idée sur la nature de ces granulations, et il n'osait pas les considérer comme de véritables tubercules. D'autres, plus entreprenants, se laissèrent entraîner par l'analogie, et comparèrent ces granulations à de véritables tubercules miliaires, comme dans la plèvre et dans le péritoine. Dance, Rufz, Gerhard, Constant, Piet, Valleix, M. Becquerel, dans une excellente monographie, MM. Barrier, Rilliet et Barthez, adoptèrent cette opinion, qui n'est pas très exacte, car ces granulations ne renferment aucun élément anatomique du tubercule. En effet, l'analyse microscopique démontre d'une manière incontestable que ces productions morbides des séreuses, et surtout de la pie-mère, ne sont composées que de tissu fibro-plastique sans aucun mélange de matière tuberculeuse.

Il y a donc deux espèces de méningites : l'une, anciennement connue, dont les caractères anatomiques se rapprochent de ceux de la phlegmasie des séreuses, et qui se traduit par l'injection sanguine avec infiltration séreuse ou purulente de l'arachnoïde et de la pie-mère ; l'autre, nouvellement découverte, qui présente avec ces caractères un plus ou moins grand nombre de petites granulations blanchâtres, placées dans la pie-mère le long des vaisseaux. Ces deux espèces de méningites sont différentes. La première porte le nom de *méningite granuleuse* ; l'autre, au contraire, le nom de *méningite simple*.

§ I. — De la méningite granuleuse.

Causes.

La plupart des auteurs ont fait de sérieuses recherches dans le but de déterminer quelles pouvaient être les causes de la méningite granuleuse ; mais il n'en est pas résulté de découverte importante. Aucune circonstance ne rend compte d'une manière toute directe de la production des granulations méningées. Il faut au moins le concours de deux d'entre elles, l'une qui dispose et l'autre qui produit. En d'autres termes, la méningite granuleuse n'est pas une affection accidentelle, localisée ; c'est une affection de l'économie tout entière, qui, dans ces cas particuliers, frappe sur les membranes du cerveau.

La constitution des enfants atteints de méningite granuleuse est donc la chose principale qu'il soit nécessaire de considérer. La plupart offrent une disposition tuberculeuse plus ou moins marquée. Ils sont procréés par des parents tuberculeux ; ils ont des tubercules dans les glandes cervicales ou dans les ganglions bronchiques, dans les poumons et dans l'intérieur de quelque viscère. Tous les enfants qui sont atteints de cette maladie sont plus ou moins tuberculeux, et il est très rare de rencontrer d'exception à cette règle générale. C'est un résultat de l'observation depuis longtemps admis dans la science et adopté par tous les auteurs qui ont étudié les maladies des enfants. Cette circonstance présente beaucoup d'intérêt au médecin ; elle lui explique pourquoi la méningite granuleuse paraît être quelquefois héréditaire, comme la disposition strumeuse générale qui en est l'origine. Il y a certaines familles dans lesquelles on ne peut élever d'enfants ; ils succombent presque tous à la méningite tuberculeuse ou aux tubercules du cerveau. Si l'on remonte aux antécédents, on découvre que plusieurs frères ou sœurs du père ou de la mère de l'enfant ont succombé à la même affection, et peut-être que ceux-ci sont tuberculeux à un degré plus ou moins avancé.

Je n'ai pas la prétention de soutenir que cette disposition générale suffise au développement de la méningite granuleuse. Il faut, avec elle, le concours de circonstances capables de déterminer la congestion ou les jetées inflammatoires sur les membranes encéphaliques. Alors les causes qui eussent été sans résultat chez un enfant sain et vigoureux deviennent, dans cette circonstance, la source des accidents cérébraux les plus graves. Tous les jours on rencontre des enfants qui présentent, avec un appareil fébrile marqué, des symptômes non équivoques de congestion cérébrale, caractérisés par la mauvaise humeur, les cris, l'agitation, la congestion et la chaleur de la face et du cuir chevelu, sans qu'aucune altération puisse expliquer ces phénomènes. On attend, prêt à saisir de nouvelles indications plus caractéristiques de la fièvre cérébrale, puis les accidents se dissipent, et l'on est dans l'impossibilité de donner un nom aux phénomènes que l'on a observés. Cependant sait-on quelle

sera la conséquence de cette fluxion encéphalique? Qui peut dire qu'elle ne sera point la cause du développement de quelques granulations fibro-plastiques au même titre que chez les autres enfants tuberculeux la congestion pulmonaire ou pleurale devient la source des granulations du poumon ou de la plèvre. Personne ne s'en occupe, et cependant c'est là tout ce qu'il y a d'intéressant dans l'étiologie de la méningite granuleuse.

Il est fort probable, sinon certain, que la méningite et la pneumonie granuleuse ont une marche semblable. Les granulations se forment à la suite des congestions répétées des méninges et du poumon ; elles sont toutes formées lorsque paraissent les accidents aigus qui terminent la vie des malades. En effet, on trouve, dans les antécédents des sujets qui succombent à la méningite granuleuse, des troubles cérébraux passagers, semblables à ceux dont il vient d'être fait mention, comme chez les enfants qui succombent à la pneumonie granuleuse on a pu constater la disposition au catarrhe bronchique. Enfin, les autopsies ont permis de constater la présence des granulations méningées chez des enfants qui, emportés par une autre affection, n'avaient pas succombé à la lésion du cerveau, analogie nouvelle avec les granulations du poumon, qu'on observe si souvent chez des enfants emportés par une maladie étrangère aux organes thoraciques. Les granulations sont infiniment plus rares dans la pie-mère que dans le poumon. Leur action définitive est la même ; elles agissent comme des corps étrangers, et provoquent enfin la phlegmasie des tissus qui les renferment.

Ainsi donc il est établi : 1° que la méningite granuleuse se développe surtout chez les enfants qui sont déjà en proie à la cachexie tuberculeuse ; 2° qu'il s'est opéré dans ces cas un travail phlegmasique latent dans les méninges, travail susceptible de déterminer la formation des granulations ; 3° enfin, qu'une phlegmasie aiguë occasionnée par ces granulations, ou par une autre cause de nulle valeur sans leur présence, vient s'ajouter aux altérations établies, et mettre un terme à la vie du petit malade.

Comme on le voit d'après ce qui précède, les diverses circonstances relatives à l'âge et au sexe des enfants, celles qui se rattachent aux influences de la température et de quelques causes plus spéciales, sont d'un intérêt secondaire. On se méprendrait sur leur valeur, si l'on croyait qu'elles pussent avoir quelque influence sur le développement de la méningite granuleuse, sans l'existence d'une disposition strumeuse antérieure. Cette condition est de la plus haute importance, comme on le verra dans la suite de cette étude étiologique.

Hérédité.

La méningite granuleuse est héréditaire, comme toutes les affections de nature tuberculeuse. Seulement il y a une distinction à établir. On voit des parents atteints de phthisie pulmonaire tuberculeuse dont les enfants succombent à la suite d'affections cérébrales de cette nature. J'ai donné des soins à une petite fille âgée de quatre ans, issue de parents tuberculeux, et qui fut empor-

iée par une méningite granuleuse, autant que j'en pus juger par la durée des prodromes, car l'autopsie ne fut pas faite. Quelques années plus tard, dans la même famille, je fus mandé pour un autre enfant âgé de trois ans, qui m'a offert un nouvel exemple de la même maladie.

On trouve aussi, et le fait est beaucoup plus extraordinaire, des enfants atteints de méningite granuleuse, dont les ascendants directs ou collatéraux ont succombé à des affections cérébrales développées sous l'influence de la diathèse tuberculeuse.

Age.

La prédisposition apportée par l'âge au développement de la méningite granuleuse ne saurait être appréciée d'une manière convenable que par les observations faites par une même personne sur un grand nombre de sujets à toutes les périodes de l'enfance. Sans cela, toute statistique devient inutile. Aussi sommes-nous obligé de ne pas tenir compte de celles que renferment les traités spéciaux des maladies des enfants. Elles sont toutes faites d'après des observations recueillies sur des sujets arrivés dans leur seconde année, et ne comprennent pas les enfants du premier âge. Nul doute que cette lacune ne soit de nature à en modifier les résultats, car les enfants à la mamelle, comme ceux qui sont plus âgés, peuvent être affectés par la méningite granuleuse.

Jusqu'ici on n'avait pas cru que cette maladie existât chez les jeunes enfants; car il n'en est aucunement fait mention dans les ouvrages de Denis et de Billard. Cependant son existence à cet âge est désormais incontestable. MM. Blache, Guersant, Rilliet et Barthez, Barrier, en ont observé plusieurs exemples, et j'en ai recueilli six observations dans le service de l'hôpital Necker en 1841 et 1842. L'enfant le plus jeune avait trois mois, et le plus âgé arrivait à la fin de sa deuxième année. Un aussi petit nombre de faits ne peut servir de base à aucune statistique; ils n'ont de valeur que parce qu'ils renversent une opinion faussement accréditée dans la science.

Après l'âge de deux ans, le maximum de fréquence de cette maladie paraît être, d'après M. Piet, entre la sixième et la huitième année. Pour la plupart des autres pathologistes, il faut le placer, au contraire, entre la deuxième et la quatrième. La méningite granuleuse s'observe également chez l'adulte, mais les exemples en sont fort rares. Plusieurs ont été rapportés par Lediberder et Valleix.

Sexe.

Le sexe ne me paraît avoir aucune espèce d'influence sur le développement de la maladie qui nous occupe, et quoique la statistique de M. Becquerel fasse croire qu'elle soit plus commune chez les filles, je pense que des calculs faits sur une plus grande échelle pourraient peut-être bien changer ce résultat, qui n'est point irrévocable.

Saisons.

Les saisons n'ont guère plus d'influence que le sexe, si l'on en juge par les

relevés des pathologistes. Il résulte de ceux qui ont été faits par MM. Piet Rilliet et Barthez, Barrier, que la maladie se trouve être plus fréquente au printemps et dans l'été que dans le cours des saisons humides et froides. Quelque rigoureuse que paraisse cette proposition, elle s'appuie sur une différence de chiffres tellement minime, qu'on ne saurait lui accorder une grand evaleur. Il est nécessaire d'attendre encore pour se prononcer à cet égard.

La méningite granuleuse se développe quelquefois à la suite de coups ou de chutes sur la tête, ou après une exposition prolongée aux rayons d'un ardent soleil. Ces causes dont l'action est réelle ne doivent être regardées que comme des coïncidences; elles sont de nature à produire la méningite simple plutôt que la méningite granuleuse. Elles deviennent, dans ces cas particuliers, le signal de l'apparition d'une maladie antérieurement formée par suite des conditions spéciales dont nous avons déjà fait mention.

L'influence de l'évolution dentaire, l'influence de la rougeole et des fièvres éruptives, de la coqueluche, de quelques affections cutanées et de plusieurs maladies aiguës, s'explique de la même manière. La congestion du cerveau qui les accompagne ne favorise le développement de la méningite tuberculeuse qu'en raison de l'existence d'une cachexie de même nature. Ou bien, comme on a maintes fois l'occasion de l'observer, ces maladies prennent naissance chez un enfant de constitution lymphatique et offrant la disposition strumeuse, qui le place dans la catégorie précédente, c'est-à-dire dans un état de susceptibilité tel, que les irritations encéphaliques sont fréquemment suivies de la formation de granulations dans la pie-mère.

Altérations organiques.

Ces altérations existent spécialement dans l'arachnoïde viscérale, dans la pie-mère et dans le cerveau. La dure-mère reste dans le plus parfait état d'intégrité; et contrairement aux assertions de M. Piet (1), les sinus renferment une quantité de sang plus considérable que dans l'état normal.

L'arachnoïde qui revêt la dure-mère n'est pas sensiblement altérée. Elle est sèche, poisseuse, et n'offre pas, en général, les modifications anatomiques causées par l'inflammation. Le feuillet viscéral est quelquefois le siége d'une injection capillaire assez vive, que l'on peut facilement confondre avec l'injection des vaisseaux de la pie-mère. L'erreur est d'autant plus facile, que la transparence de l'arachnoïde permet de constater l'état des vaisseaux subjacents. On pourrait croire à la coloration morbide de cette séreuse, lorsqu'il n'existe qu'une forte congestion de la pie-mère placée au-dessous d'elle. La cavité de l'arachnoïde renferme quelquefois une petite quantité de sérosité transparente ou légèrement rosée, sans fausses membranes ni flocons albumineux. Les exemples qui démontrent l'existence de ces derniers produits sont

(1) Thèse 1836, n. 239.

fort rares. MM. Senn (1) et Becquerel (2) en rapportent chacun un exemple.

Les altérations principales existent dans la pie-mère. Cette membrane, essentiellement vasculaire, offre une couleur rouge plus ou moins vive qui est en rapport avec le degré de congestion de ses vaisseaux propres ; son tissu est parcouru par des vaisseaux dont le nombre semble exagéré à cause de la fluxion inflammatoire. Leur volume est fort variable ; les plus volumineux sont placés vers la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius, d'où ils pénètrent dans la substance médullaire. La trame est souvent infiltrée de sérosité opaline ou de sérosité sanguinolente, ou enfin de lymphe blanchâtre presque coagulée, demi-transparente ou entièrement opaque et purulente. L'infiltration est plus épaisse à la base du cerveau, dans l'espace interpédonculaire, et, à la surface de l'organe, au niveau des intervalles qui séparent les circonvolutions. L'épaississement de la membrane est entièrement en rapport avec la quantité de matière purulente infiltrée.

Cette membrane, qui tapisse toute la périphérie de l'encéphale et pénètre dans son intérieur à une certaine profondeur, jusqu'à la partie la plus profonde des sillons, s'en détache ordinairement avec assez de facilité. Dans les diverses variétés de méningite, au contraire, elle adhère avec plus ou moins de force à la substance corticale du cerveau. Les tractions que l'on exerce sur elle entraînent une partie de cette substance, qui se présente avec un accès spécial rugueux, rougeâtre, et semé d'un grand nombre de points rouges formés par les orifices de capillaires divisés.

L'adhérence de la pie-mère au cerveau n'existe que dans les méningites les plus violentes et dans celles qui sont accompagnées de l'inflammation de la pulpe cérébrale. Dans ce dernier cas, l'adhérence n'est point générale, elle est plus marquée sur un hémisphère que sur l'autre, et dans les points qui correspondent aux parties les plus enflammées du cerveau.

On trouve dans la pie-mère, et c'est là le caractère de la méningite tuberculeuse, un plus ou moins grand nombre de *petites granulations blanchâtres* assez résistantes, difficiles à écraser sous les doigts, d'un volume fort variable, et disposées d'une manière toute particulière le long des vaisseaux qu'elles accompagnent dans leur trajet. Voici quels sont les caractères de ces granulations : leur siége est presque invariablement fixé dans la pie-mère et dans l'épaisseur de cette membrane. Quelques-unes font saillie du côté de la substance cérébrale, qu'elles dépriment quand elles sont très volumineuses; les autres se développent du côté de l'arachnoïde, qu'elles soulèvent de manière à produire un léger relief. On n'en trouve que très rarement à la surface libre de cette séreuse. Je n'en ai observé qu'un petit nombre d'exemples. Alors des granulations miliaires presque diaphanes, en petit nombre, adhérentes par un petit point, existent sur le feuillet de la membrane séreuse qui couvre

(1) *Recherches sur la méningite aiguë.* Paris, 1826.

(2) *Recherches cliniques sur la méningite des enfants.* Paris, 1838.

les hémisphères. Il n'y a d'ailleurs point d'épanchement ni de fausses membranes, ni d'adhérences anciennes, qui indiquent une phlegmasie récente ou remontant à une époque éloignée. Ces observations confirment celles de M. Barrier sur le même point, et je dirai avec cet auteur : « Nous ne croyons » point ici être tombé dans une méprise qui consiste à prendre pour ces gra» nulations des aspérités extrêmement petites, confluentes, à peine visibles » mais très sensibles et rugueuses au toucher, comme une peau de chagrin » qui se rencontrent parfois à la surface libre de l'arachnoïde, et plus sou» vent encore sur la membrane ventriculaire chez les sujets affectés de mé» ningite chronique. Ces aspérités n'ont aucune analogie avec les granula» tions tuberculeuses, et sont un mode d'inflammation chronique qui peut » se rencontrer dans les séreuses encéphaliques comme dans celles du thorax » et de l'abdomen, car il y a des pleurésies et des péritonites granuleuses qui » ne sont point tuberculeuses (1). »

Les granulations se développent donc principalement dans l'épaisseur de la pie-mère, et de préférence le long des parois des vaisseaux les plus volumineux. Elles environnent ces vaisseaux et les accompagnent dans une étendue qui est variable. On les observe surtout à la base du cerveau, au niveau de la protubérance, dans l'espace interpédonculaire et dans la scissure de Sylvius qu'il faut écarter entièrement. Elles sont plus rares à la face externe de l'organe, sur la partie convexe des hémisphères.

Elles sont souvent difficiles à reconnaître soit à cause de leur petit volume, soit parce qu'elles sont cachées par l'infiltration de lymphe plastique opaque du tissu de la pie-mère. Dans l'un comme dans l'autre cas, un examen plus minutieux, à l'œil nu ou armé d'un instrument grossissant, permet de les découvrir.

Elles sont quelquefois très multipliées. Ailleurs leur nombre est restreint, leur volume variable. Les unes sont à peine visibles, tandis que les autres sont grosses comme une petite tête d'épingle, blanchâtres, opalines, entièrement semblables à un petit fragment de fibrine simple; d'autres encore plus volumineuses, sont d'un blanc jaunâtre ; enfin on en trouve qui sont d'une nature différente, et qui sont formées de matière tuberculeuse, jaune, à l'état de crudité, adhérant à la pie-mère, et pénétrant dans la substance corticale du cerveau. Elles sont toutes très résistantes sous les doigts, et difficiles à écraser par la pression.

Les granulations blanchâtres, miliaires, qu'on trouve à la surface de la pie-mère ont une certaine consistance et une ténacité qui les rend difficiles à déchirer avec les aiguilles servant à faire la préparation pour le microscope. Ces corps sont formés : 1° d'éléments fibro-plastiques, tant noyaux que fibres fusiformes; les cellules ovoïdes existent quelquefois, mais pas toujours. Les noyaux sont ovoïdes ou sphériques, généralement très petits, c'est-à-dire de

(1) Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*. 3e édit., Paris, 1861, t. I, p.

dépassent guère en diamètre $0^{mm},008$ à $0^{mm},009$; il importe d'insister sur la présence de ces petits noyaux sphériques, parce qu'avec un grossissement moindre que 550 diamètres il serait quelquefois difficile de constater les différences qui les séparent des éléments tuberculeux; les fibres fusiformes sont petites et rares. 2° Il existe une grande quantité de matière amorphe homogène parsemée de fines granulations; elle est très dense et maintient les autres éléments fortement unis ensemble, difficiles à bien isoler. 3° Les vaisseaux y sont rares, les fibres du tissu cellulaire aussi, ou même manquent tout à fait.

Je n'ai jamais été assez heureux pour observer la transformation insensible des granulations fibro-plastiques, depuis le simple petit point de fibrine blanchâtre, qui en est l'origine, jusqu'au tubercule, qui en est le dernier degré. Mais la transition a été signalée par un certain nombre d'auteurs recommandables et notamment par Barrier, et cela suffit pour rendre le fait incontestable.

Ces granulations grossissent en se transformant, et elles s'enfoncent dans l'épaisseur de la substance cérébrale, tandis que d'autres viennent de l'intérieur des circonvolutions au dehors. Il y a cependant un point douteux à cet égard, et l'on ne sait encore trop aujourd'hui si les tubercules de la périphérie du cerveau ne sont pas primitivement développés dans la substance corticale pour venir contracter adhérence avec la pie-mère, ou s'ils ont pris naissance dans cette membrane pour se porter dans le cerveau.

Les ventricules du cerveau contiennent toujours une notable quantité de sérosité, quelquefois assez considérable pour distendre énormément les ventricules latéraux, et permettre leur communication par suite de la déchirure du septum médian. A un degré moindre, l'épanchement détermine la dilatation simple de ces cavités. Le liquide est ordinairement limpide et sans couleur; quelquefois il est opalin et renferme des flocons albumineux. Les plexus choroïdes sont fort rouges, et, par exception, renferment des granulations fibro-plastiques semblables à celles de la pie-mère extérieure. La membrane interne est rarement altérée. Les parois sont ramollies, la voûte à trois piliers est diffluente, réduite à l'état de crème. Il en est souvent ainsi de la face interne des corps striés et de la couche optique.

L'encéphale présente un volume inaccoutumé; il semble avoir été soumis à une forte compression. Les circonvolutions cérébrales sont aplaties, et les scissures qui les séparent sont peu apparentes. Cette disposition, coïncidant d'ailleurs avec la congestion de la substance médullaire, qui est le siége d'un sablé rouge fort considérable, et avec la présence d'un épanchement assez abondant dans les ventricules, le cerveau est évidemment comprimé par suite de la turgescence des vaisseaux qui le parcourent, et par la trop grande distension de ses ventricules par la sérosité épanchée.

La vascularité du cerveau est surtout bien appréciable chez les jeunes enfants. Dans les cas de méningite, le centre ovale de Vieussens est semé d'un grand nombre de petits points rouges très rapprochés les uns des autres. Les couches corticales sont transparentes et parcourues par un grand nombre de

petits vaisseaux : on croirait voir une belle agate rosée parsemée de petites veinules rouges.

La diminution de consistance de la pulpe encéphalique est surtout marquée dans les couches corticales, dont la superficie s'enlève souvent lorsque l'on détache la pie-mère. Elle se rencontre aussi quelquefois dans la substance médullaire, soit dans les parties centrales, soit dans les parois ventriculaires. Le ramollissement des parties centrales se remarque ordinairement autour des tubercules qui s'y trouvent placés ; le ramollissement des parois des ventricules coïncide toujours avec la présence d'une notable quantité d'épanchement dans leur intérieur. C'est un ramollissement qui semble être le résultat de la macération.

On rencontre souvent, avec la méningite granuleuse, des masses de nature tuberculeuse à l'intérieur ou à la superficie du cerveau. Ces produits se présentent sous forme de noyaux durs, jaunes, verdâtres, plus ou moins volumineux, avec leurs caractères ordinaires. Les uns occupent les parties centrales, et n'ont aucune espèce de communication avec les membranes d'enveloppe ; les autres se rapprochent de la périphérie de l'organe, et quoiqu'ils se trouvent presque complétement placés dans la pulpe encéphalique, ils se trouvent, par un petit point de leur étendue, en rapport avec la pie-mère ; d'autres enfin, qui sont également placés à la superficie du cerveau, pénètrent à peine dans les couches corticales, et adhèrent largement à la pie-mère, dans laquelle ils semblent avoir pris naissance.

Dans un cas, j'ai vu ces tubercules ramollis au centre et ressemblant assez bien à des abcès phlegmoneux. Il y en avait douze à la superficie des circonvolutions cérébrales, et un au centre de chaque couche optique, sans aucune communication avec la pie-mère. La paroi du foyer était dure, résistante, formée de matière tuberculeuse à l'état de crudité, et le centre jaune verdâtre ramolli était formé de matière tuberculeuse mélangée de globules de pus.

Les sujets qui succombent à la méningite granuleuse et tuberculeuse présentent presque constamment des lésions semblables dans les autres tissus de l'économie, dans les glandes, dans les os et dans le parenchyme des viscères abdominaux et thoraciques. Cette circonstance n'est pas la moins importante à invoquer lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de la maladie qui nous occupe. La diathèse tuberculeuse domine dans l'organisme ; elle se traduit sous les formes les plus variées. Les tubercules pulmonaires sont les plus fréquents ; viennent ensuite ceux des glandes ou ganglions bronchiques, des glandes du cou, du mésentère, de l'intestin, du foie, etc.

Les tubercules des os sont importants à mentionner sous un double rapport ; leur existence atteste la disposition strumeuse de l'enfant, et, de plus, leur siége peut avoir, sur le développement des accidents cérébraux, une notable influence. Lorsque ces produits accidentels existent dans les cellules mastoïdiennes et dans le rocher, il en résulte un travail d'élimination qui atteint les portions osseuses voisines de la dure-mère, et devient le point de dé-

de la phlegmasie de cette membrane et de celles qui lui sont contiguës. ai cependant observé un fait qui semble démentir la règle précédente. ; un cas de méningite tuberculeuse, il n'y avait point, dans l'économie, tre produit de cette nature qui pût démontrer l'existence de la disposition meuse. Ce sont des faits exceptionnels, qui ont déjà été signalés par d'autres rvateurs, Constant et Fabre (1), et ils sont acceptés par ceux qui ont fait étude spéciale des maladies des enfants. Dans le jeune âge, on voit assez ent l'affection tuberculeuse limitée à un tissu ou à des organes importants, ourir ses périodes sans envahir les autres viscères de l'organisme.

n résumé, nous voyons que les caractères anatomiques de la méningite uleuse des jeunes enfants sont: pour l'arachnoïde, un état de sécheresse sidérable, quelquefois un peu d'injection, rarement avec épanchement sé- x et présence de fausses membranes dans son intérieur; pour la pie-mère, jection très vive de ses petits vaisseaux, l'infiltration séreuse et purulente son tissu, principalement à la base du cerveau, son adhérence aux couches ticales, et la formation de granulations fibro-plastiques, miliaires, blanches, ques, dans son intérieur, sur le trajet des vaisseaux qu'elle renferme.

vec ces altérations des méninges, on rencontre dans l'encéphale un épan- ment plus ou moins abondant dans les ventricules avec ou sans fausses nbranes albumineuses, et fort souvent il y a ramollissement des parois de cavités. Dans le reste du cerveau, le ramollissement est fort rare ; il s'ob- e surtout à la périphérie dans la substance corticale, principalement dans cas de tubercules encéphaliques.

Enfin, comme disposition tuberculeuse générale, je mentionnerai la pré- ce si fréquente des tubercules dans les autres organes de l'économie.

Symptômes.

es symptômes de la méningite granuleuse sont faciles à saisir chez des en- s arrivés à l'âge où ils peuvent rendre compte de leurs sensations. Alors malades donnent des renseignements sur leurs souffrances, sur leurs dou- s de tête, sur l'affaiblissement de la sensibilité, etc. On ne trouve rien de blable chez les jeunes enfants. Le médecin doit suppléer aux documents lui manquent par les inspirations puisées dans son expérience. Il doit, s cette maladie plus que dans toute autre, se montrer physionomiste ha- , autant que judicieux observateur des perversions morales et intellec- lles.

La méningite granuleuse présente trois périodes ordinairement distinctes, mises par Robert Whytt, Coindet, Senn, Guersant, Barrier, et repoussées tort par MM. Piet, Rilliet et Barthez. Le premier des auteurs qui admit cette vision, Whytt, jugeait uniquement d'après l'état du pouls ; mais ce moyen

(1) Guersant, *Dict. de médecine*. — Saussier, *Archives générales*, 1839.

d'exploration est loin d'avoir l'exactitude nécessaire pour servir de base à une division. Il vaut mieux l'établir d'après l'ensemble et la marche des symptômes.

Ces trois périodes me paraissent être bien caractérisées par ces trois mots : *germination*, *invasion*, *convulsion* ou *paralysie*.

La *première période*, ou *période de germination*, qu'on me passe cette expression qui rend parfaitement bien ma pensée, se trouve à peine indiquée par les auteurs sous le titre de prodromes de la méningite. Néanmoins, comme elle existe toujours, elle est fort importante à reconnaître, et peut à l'avance faire prévoir la méningite tuberculeuse qui va se déclarer. Elle forme l'un des plus précieux éléments de diagnostic de cette maladie, car elle n'existe pas dans la méningite simple.

Cette période est caractérisée par des troubles fugitifs, intermittents, peu graves en apparence, survenus dans les sensations et dans l'intelligence des enfants.

Des changements notables s'opèrent dans les habitudes du petit malade. Il dédaigne les jouets qui naguère excitaient ses désirs, il les repousse et les brise avec humeur. Les enfants, compagnons de ses jeux, lui déplaisent : il les regarde d'un air mélancolique et attristé sans vouloir prendre part à leur joie. Devenu maussade, taciturne, en apparence livré à des réflexions profondes, rien ne le séduit, ni les caresses de sa mère, qu'il reçoit avec indifférence, ni les agaceries des autres enfants qu'il repousse avec colère.

La nuit, de sombres images semblent le poursuivre et viennent troubler son sommeil. Réveillé en sursaut, il pousse des clameurs étranges en promenant autour de lui des regards effrayés. Il se jette dans les bras de sa mère, où il s'endort ; mais, à peine est-il remis dans son berceau, qu'il se réveille de nouveau en poussant les mêmes cris. Quelquefois il lui semble voir des animaux et il veut qu'on les chasse ; il les aperçoit sur sa couverture et les cherche avec la main pour les enlever. Il n'a pas de fièvre continue, mais, de temps à autre, dans le courant du jour, à des époques indéterminées dont le retour est fort irrégulier, sa peau devient brûlante, la soif s'exagère, et tout cesse pour reprendre son ordre accoutumé.

Il se plaint à peine, il indique quelquefois que sa tête est douloureuse, mais il n'insiste pas. Le bruit l'effraye et semble lui causer quelques douleurs. Les membres sont quelquefois assez douloureux pour que toute pression soit insupportable. La faculté de marcher est alors anéantie, mais ordinairement ces troubles de la motilité n'existent pas.

L'enfant a moins d'appétit que de coutume ; il est plus capricieux et plus difficile au sujet des aliments qu'on lui offre. Néanmoins les fonctions de l'estomac s'accomplissent bien, la digestion s'accomplit régulièrement. Chez quelques sujets on observe des alternatives de diarrhée et de constipation.

Ces symptômes sont intermittents, ils durent un ou deux jours et disparaissent presque en totalité. Ils reviennent de nouveau pour disparaître encore ; ils se présentent avec des degrés d'intensité fort variables, et cessent enfin tout à fait, ou font place aux symptômes de la seconde période.

Hippocate les a indiqués dans plusieurs de ses aphorismes :

« Quant aux enfants, ils sont attaqués de convulsions si la fièvre est aiguë, ue les évacuations alvines manquent, qu'ils soient tourmentés par l'insomnie t les terreurs subites, qu'ils poussent des gémissements, qu'ils changent de ouleur, et que leur visage devienne ou jaune, ou livide, ou rouge. Ces acci- ents atteignent le plus facilement les enfants les plus jeunes, jusqu'à l'âge de ept ans (1). »

Ces observations se trouvent reproduites aux *Coaques :* « Chez les enfants me fièvre aiguë, la suppression des selles avec insomnie, des sanglots, des hangements de couleur, enfin la persistance d'une teinte rouge, sont les ignes d'un état spasmodique (2). »

C'est dans la première période que l'on peut conjurer le mal et l'arrêter ans sa marche. Elle se prolonge de huit jours à un mois et quelquefois da- antage. Pendant sa durée, la fluxion des méninges favorise la production et le développement de nouvelles granulations fibro-plastiques, jusqu'au moment ù, devenues la source d'une irritation trop vive, celles-ci sont à leur tour la ause de la phlegmasie méningée, qui se reconnaît aux symptômes suivants :

Dans cette période, la continuité des symptômes est plus marquée que dans la période précédente. La fièvre persiste encore sous le type rémittent irrégu- lier avec des horripilations et des malaises qui n'échappent pas à l'œil attentif d'une mère.

Deuxième période : période d'invasion. — La *deuxième période* s'an- nonce par des vomissements, de la constipation, de la céphalalgie, de la fièvre et un notable affaiblissement de l'intelligence.

Céphalalgie.

Chez les enfants en âge d'exprimer leurs sensations, on constate l'existence de la céphalalgie. Elle est quelquefois très violente et paraît limitée à un seul point de la tête, au sommet, par exemple, en arrière ou aux régions tem- porales.

Vomissements.

Il est très rare que les enfants ne vomissent pas au moment de l'invasion de la maladie. Les matières rejetées sont formées d'aliments ou de boissons unies à des matières bilieuses. Les vomissements se répètent tous les jours ou plusieurs fois par jour, suivant les sujets. Ce symptôme manque rarement : sur un effectif de quatre-vingts observations prises dans divers auteurs, ce symptôme s'est présenté soixante-six fois.

Constipation.

La constipation est le phénomène le plus constant de l'invasion de la mé- ningite granuleuse et tuberculeuse ; elle existe chez presque tous les sujets, à

(1) Œuvres *complètes*, trad. par Littré, t. II, p. 187. *Pronostic* 21.

(2) *Ibidem*, t. V, p. 607. *Coaques* 108.

moins qu'ils ne soient affectés d'entéro-colite, comme cela arrive fort souv aux enfants tuberculeux.

Intelligence et innervation.

Les enfants sont tour à tour excités ou abattus. Dans le premier cas, l humeur est chagrine; ils sont fort irritables; le peu de mots qu'ils savent p noncer, ils les disent avec une intonation singulière qui doit être apprée par le médecin, car il n'est pas naturel de trouver chez un enfant la par brève et impérieuse. S'ils sont abattus, on les voit chercher une position co mode pour se livrer au sommeil, malheureusement trop léger pour n'être interrompu par le moindre bruit ou par les douleurs de tête. Dans cet état sommeil, ils *grincent des dents* et mâchonnent sans cesse; leur face est p et *se couvre à chaque instant d'une vive rougeur qui disparaît* en quelq secondes; leurs traits sont contractés, le rapprochement des sourcils don à leur physionomie un caractère sombre, auquel s'ajoute un air de souffra dédaigneuse, révélée par une ride placée en dehors des ailes du nez, form par la contraction des muscles nasal et naso-labial. *Leurs yeux sont fort se sibles à l'impression de la lumière;* ils les ferment violemment à son approch Ils luttent avec une grande force contre la main qui cherche à soulever l paupières, ce que Dance regardait comme un signe certain d'hydrocéphal aiguë, et les pupilles sont dilatées, resserrées, ou enfin présentent de grand oscillations. (Odier, de Genève.)

Cette seconde période dure de huit à dix jours; *la fièvre est continue* avec *de fréquentes exacerbations* dans le jour et pendant la nuit. La circulation d'abord violemment troublée se calme, et le pouls, tantôt à 110 et tantôt à 120 pulsations, descend à 80 et à 90. Dans des cas exceptionnels, on l'a vu s'abaisser à 48 en conservant quelques intermittences. Il n'y a plus de frissons, mais la sueur est quelquefois fort abondante. La température de la peau est très élevée pendant quelques instants, et s'abaisse ensuite pour revenir à son état naturel. Elle descend quelquefois au-dessous de cet état chez des enfants affaiblis par des maladies antérieures.

La respiration est en rapport avec la circulation, sous le rapport de l'irrégularité et de l'intermittence. *Les inspirations se succèdent précipitamment et s'arrêtent tout à coup pendant plusieurs secondes*, de sorte que dans une minute on ne trouve plus que 12 ou 15 mouvements respiratoires.

Enfin, les phénomènes fébriles se modèrent et l'enfant reprend son humeur et sa gaieté; il joue et demande des aliments; il paraît guéri, et beaucoup de médecins, se laissant tromper par l'apparence, donnent aux parents un espoir que le jour suivant devra démentir. En effet, après vingt-quatre ou trente-six heures d'une rémission presque incompréhensible, au milieu d'un bien-être surprenant, la fièvre reparaît et avec des cris aigus, perçants, au milieu d'une grande agitation. C'est le commencement de la période convulsive et paralytique de dice d'un très grand danger pour les malades.

Troisième période : période convulsive ou paralytique. — Cette période commence après la rémission qu'on observe toujours dans les symptômes de la période d'invasion. Un redoublement de fièvre avec perte d'appétit et prostration considérable signale son apparition. A chaque instant, pendant la veille et pendant le sommeil, toutes les quatre ou cinq minutes, l'enfant agité, se lève en poussant des *cris aigus* désignés par Coindet sous le nom de *cris hydrencéphaliques*, accompagnés selon l'âge des enfants de lamentations plus ou moins prolongées. Ce sont des cris arrachés par la douleur de tête ; elle est le produit de la compression du cerveau par un épanchement ventriculaire. L'intelligence disparaît par degrés et la somnolence ou le coma succède à l'exaltation survenue dans les actes de la sensibilité. Il semble que l'organisme soit fatigué par une lutte trop au-dessus de ses forces et qu'il s'abandonne entièrement au mal qui l'opprime.

Les enfants paraissent perdre par degrés le sentiment de leur existence, leurs facultés, si peu développées qu'elles soient, s'anéantissent. Ils répondent à peine aux questions qu'on leur adresse, et leur parole, au lieu d'être brève et impérieuse, paraît embarrassée, lente et séparée du moment de l'interrogation par un long intervalle. Bientôt ils entendent sans pouvoir répondre, donnent la main qu'on leur désigne; et puis tout cesse, aucun bruit ne frappe plus leur oreille; ils vivent encore, mais ils sont entièrement séparés du monde extérieur.

La sensibilité des membres et des organes des sens s'affaiblit de même. Les yeux, qui ne pouvaient souffrir l'impression de la lumière, la contemplent sans douleur. Les pupilles sont plus dilatées que dans la seconde période, et sont sujettes aux mêmes mouvements d'oscillation.

Le bruit ne cause plus de retentissements douloureux dans la tête. Les membres ont perdu la sensibilité exquise qui rendait leur pression insupportable et les cris hydrencéphaliques cessent. Toutes les perceptions s'affaiblissent et finissent par s'éteindre. Il est très rare de voir les enfants conserver le libre exercice de leurs sens ou seulement la possibilité de leur exercice jusqu'à la mort.

Des phénomènes non moins remarquables de perversion dans la motilité se montrent dans cette période. Au milieu du coma profond qui est venu remplacer la somnolence, on observe le strabisme, la rigidité ou la contracture permanente ou alternative des membres et du tronc, les paroxysmes de convulsions, et enfin la paralysie.

Contracture.

La rigidité du tronc est annoncée par le renversement de la tête en arrière ou par son inclinaison sur l'un des côtés du cou. La face est égarée; les yeux, souvent immobiles, atteints de strabisme, tournés en haut et en dedans, semblent vouloir se cacher sous la paupière supérieure. Les dents sont rapprochées par suite de la contracture des muscles des mâchoires, dont la résistance est impossible à surmonter. Dans les *membres*, on observe la même roideur.

Elle est accompagnée par un certain degré de flexion des doigts, qui cachent le pouce dans leur intérieur, et des orteils qui se tournent vers la plante du pied.

Convulsions.

Les convulsions se montrent sous forme de paroxysmes plus ou moins rapprochés; un spasme intérieur les accompagne. Elles débutent par une espèce d'effort et de contracture dans les muscles inspirateurs. La respiration s'arrête, la face rougit ; les yeux, dont le parallélisme est quelquefois détruit, tournent dans leur orbite, s'arrêtent et se fixent sous la paupière supérieure. Les membres supérieurs s'ébranlent; de petites secousses entraînent les avant-bras et les portent dans la demi-flexion. Des efforts convulsifs agitent les poignets, les doigts et les orteils, puis, au bout de quelques minutes, tout cesse; la face pâlit, les bras reviennent et s'allongent près du corps, les orteils reprennent leur position, et l'enfant tombe dans la prostration la plus complète. Les accès, d'abord éloignés, se rapprochent insensiblement ; vers la fin de la maladie, l'état convulsif perd son intermittence et se transforme en convulsions permanentes.

Paralysie.

La paralysie se déclare ordinairement dans le cours de cette période. On l'observe chez la plupart des enfants; elle succède aux convulsions ; elle est quelquefois bornée à la face, et ne siége que d'un seul côté. La régularité du visage se trouve ainsi détruite par l'abaissement de la paupière qui ne découvre pas l'œil, par l'abaissement de la narine du même côté, et quelquefois, quoique plus rarement, par la déviation de la bouche du côté opposé à la paralysie des muscles.

Lorsque la paralysie gagne le tronc ou les membres, c'est ordinairement sous la forme d'hémiplégie qu'elle se manifeste. Le bras et la jambe, encore faiblement ébranlés par les mouvements convulsifs, ne sont plus entraînés par l'action volontaire des muscles. Si on les soulève et qu'on les abandonne, ils retombent par leur propre poids. Si on pince la peau, l'enfant ne fait point d'effort pour se soustraire à la douleur ; tandis que, du côté opposé, bien que le même état de résolution existe, en raison de la perte de connaissance, la douleur que fait naître la torsion de la peau se révèle par des mouvements assez forts pour écarter le membre et le porter ailleurs.

Dans quelques circonstances, la paralysie s'étend d'un côté du corps à l'autre; elle affecte le bras du côté opposé, mais l'enfant succombe avant qu'elle ait pu s'étendre davantage.

Dans tout le cours de cette période, le pouls se maintient à un degré de fréquence considérable. Il s'élève chez les jeunes enfants jusqu'à 140 et 160 pulsations par minute. Il n'offre plus les rémittences qu'on observait dans les périodes précédentes. La peau conserve un degré de température en rapport avec la fréquence du pouls. La face présente toujours les alternatives de pâleur et de coloration dont nous avons parlé précédemment.

a soif est considérable, mais il vient un moment où il est difficile de la faire à cause du serrement des mâchoires. La bouche est sèche. On n'ob-e plus les vomissements, mais la constipation persiste avec une certaine cité qu'il est souvent difficile de vaincre.

a respiration présente la même modification de fréquence indiquée à pro-de la seconde période. Elle s'effectue avec rapidité, mais les inspirations peu profondes, suivies tout à coup par *un effort d'inspiration suspi-se* et par un repos de plusieurs secondes. De cette sorte, si l'on regar-superficiellement, on pourrait estimer que la respiration est très fréquente, is qu'elle ne dépasse pas le chiffre de 12 ou 16 par minute. Elle devient ate et stertoreuse aux approches de la mort. Alors la face pâlit, se couvre e sueur froide, et la vie cesse au milieu des convulsions.

a durée de cette période convulsive est de sept à dix jours. Dans quelques onstances, elle ne se prolonge pas au-delà du huitième jour.

Durée.

'il faut en croire les relevés des auteurs, la méningite se prolongerait pen-t une, deux ou trois septaines. M. Green a rassemblé cent dix-sept obser-ons prises dans Abercrombie et Constant, et il a trouvé que :

31	malades sont morts avant le	7e jour.	
49	—	—	14e —
31	—	—	20e —
6	—	après le 20e	—
117			

De tels résultats sont loin d'être concluants, car les calculs ont été faits après cette idée, que la période d'invasion est celle du début des accidents. r il n'en est rien, elle est précédée par une autre période que nous avons pelée période de germination, dont la durée est quelquefois fort étendue. insi j'ai eu l'occasion de voir un enfant de quatre ans qui présenta des trou-les nerveux bizarres, de l'agitation et des cris pendant la nuit, de la tristesse, e la morosité, de la brusquerie durant le jour pendant un mois, et qui finit nfin par avoir une méningite terminée par la mort au quinzième jour. Dans e cas, la méningite avait duré quarante-cinq jours. Pour estimer la durée de ette maladie, il faut donc calculer d'une manière un peu différente de celle qui a été suivie jusqu'à ce jour, et compter à partir du véritable début des accidents.

Terminaisons.

La méningite granuleuse se termine quelquefois d'une manière favorable. MM. Parent et Martinet, Rufz, Green, Charpentier, Guersant, Rilliet, rap-portent des exemples de guérison ; mais tous ces auteurs sont unanimes pour déclarer que, si le retour à la santé est possible, c'est avant le passage de la

maladie à sa troisième période. Tous les faits de méningites granuleuses guéries qui ont été cités, semblent se rapporter à des enfants encore à la première et à la seconde période du mal. J'ai eu l'occasion de traiter un certain nombre d'enfants encore au début de cette affection, et ils ont guéri. Je n'eusse certes pas été aussi heureux, si la maladie eût été plus ancienne et arrivée à la période convulsive. Cependant il y a quelques exemples de guérison de la méningite granuleuse à sa troisième période, au moment des convulsions et de la paralysie, mais ces cas sont excessivement rares. J'ai vu, en 1854, à Passy, avec M. le docteur Frébault, un enfant de quatre ans, malade depuis 15 jours. Il était alors sans connaissance, avec strabisme, convulsions, paralysie et fièvre; nous avons été assez heureux pour le guérir par les vésicatoires sur le crâne et l'opium à haute dose.

Diagnostic.

Le diagnostic différentiel de la méningite granuleuse est le point le plus difficile de son histoire. Cependant on trouve encore, dans les symptômes de cette maladie, un certain nombre de caractères dont la valeur incontestable permet d'arriver à un diagnostic précis.

La méningite granuleuse peut être confondue avec la méningite simple, l'encéphalite, les tubercules du cerveau et la fièvre typhoïde. Cependant, je dois le dire dès à présent, l'encéphalite et les tubercules du cerveau, dans leur période d'acuité, sont ordinairement liés à la méningite; leurs symptômes se confondent avec ceux de cette dernière affection, de telle sorte qu'il est impossible de les distinguer l'une de l'autre.

Il n'en est plus de même pour la méningite simple, qui se présente accompagnée de caractères assez saillants pour la séparer de la méningite granuleuse. Le diagnostic est établi d'après l'appréciation des circonstances suivantes. La méningite tuberculeuse se manifeste le plus souvent chez des enfants qui présentent des traces d'affections strumeuses anciennes ou récentes. Son début n'est pas instantané, elle se développe après avoir présenté des phénomènes morbides trop souvent méconnus et précédemment spécifiés dans la période *de germination*. La marche des accidents est insidieuse, et l'on reste quelquefois incertain, même après la période d'invasion, sur la nature des symptômes qui ne se rapportent pas clairement à une affection cérébrale. Les changements brusques de coloration du visage, ces rougeurs qui le couvrent et disparaissent aussitôt appartiennent encore à cette maladie.

Aucun symptôme semblable n'existe dans la méningite simple, qui ne peut être confondue avec la méningite tuberculeuse qu'à dater du moment où commence la période convulsive. Alors le trismus, la contracture des membres, le tétanos, les convulsions, sont des phénomènes communs dont la forme est la même pour l'une que pour l'autre de ces maladies.

La méningite tuberculeuse ne peut être rapprochée de la fièvre typhoïde que chez les sujets qui ont dépassé l'âge de deux ou trois ans: car, avant

e époque, cette fièvre est très rare et son existence est loin d'être dé-
ntrée.

hez les enfants plus avancés en âge, le début de la fièvre typhoïde et des
res éruptives est quelquefois signalé par des accidents qui ont la plus
nde analogie avec ceux de la méningite. Des malaises, l'agacement ner-
x, le délire, les vomissements, la constipation, joints à une fièvre plus ou
ins intense, sont quelquefois la cause de l'erreur. Elle est possible, si l'on
it parler de la méningite simple ; elle ne peut pas l'être, si l'on parle de la
ningite tuberculeuse, et si l'on réfléchit à ce que nous avons dit au sujet
s antécédents du malade et à propos de la période de germination qui a
nqué dans la circonstance que nous supposons.

Pronostic.

La méningite granuleuse est une des plus graves affections de l'enfance.
lle pardonne rarement à ceux qu'elle atteint, et l'on peut toujours se de-
ander si ceux qui ont été guéris n'avaient pas, au contraire, une méningite
guë simple. Néanmoins je crois que la méningite granuleuse peut être ar-
rée dans sa marche à l'aide de moyens convenables, et je crois que si elle
eut guérir, c'est surtout à la première période, souvent encore au début de
seconde, mais très rarement à la troisième, lorsque les convulsions sont
tablies.

Traitement.

La terminaison de la méningite granuleuse ou tuberculeuse est si ordinai-
ement funeste, qu'il faut se hâter d'opposer au mal des remèdes prompts et
nergiques. Il faut en préciser le degré d'une manière exacte et déterminer
période où il se trouve, afin de ne pas s'abuser sur l'efficacité des moyens
hérapeutiques qu'on emploie. Ainsi on peut compter davantage sur le succès
e la médication opposée aux accidents de la première et de la seconde période
e la maladie qu'aux accidents de la troisième. Pour donner une direction
onvenable au traitement de la méningite tuberculeuse, je diviserai le sujet
n deux parties. Dans l'une je parlerai du traitement qu'il faut mettre en
sage durant la période de germination, et dans l'autre j'exposerai celui qui
onvient aux deux périodes réunies d'invasion et de convulsion.

1° Les enfants doivent être tenus dans le calme le plus complet, loin de
out bruit, de toute agitation et de toute excitation intellectuelle. Les phéno-
nènes de réaction inflammatoire qu'ils présentent à cette première période
méritent d'être étudiés avec le plus grand soin, et le médecin, dirigé par l'ob-
servation attentive de ces phénomènes, faisant la part de la constitution lym-
phatique ou strumeuse plus ou moins prononcée des sujets, de leur résistance
individuelle, devra compter avec l'état du pouls et des forces pour se décider
à l'emploi de la médication antiphlogistique.

Les émissions sanguines générales et locales sont contre-indiquées par l'état

de tuberculisation avancée où peuvent se trouver les enfants, ou par l'absence de réaction fébrile au moment du début des accidents.

Cependant, comme les troubles de santé qu'on observe sont évidemment le résultat d'un travail intérieur du cerveau accompagné d'une jetée inflammatoire sur les membranes de cet organe, on peut, si la force du pouls le permet, et dans la crainte de voir les accidents s'aggraver, soustraire une certaine quantité de sang. La soustraction doit être faite avec la lancette, et si l'opération est impossible chez les enfants très jeunes, on la remplace par une application de sangsues à l'anus, aux jambes ou derrière les oreilles, sur l'apophyse mastoïde. On peut ainsi enlever deux cuillerées de sang, ou mettre deux ou quatre sangsues sans crainte de trop affaiblir un enfant à la mamelle. On augmente la dose en la proportionnant à l'âge des sujets.

La constipation, assez ordinaire à cette période, doit être soigneusement combattue, d'abord parce qu'il y a tout avantage à rétablir une fonction qui ne s'accomplit pas, et que le simple arrêt dans l'excrétion des matières fécales peut donner naissance d'une façon *toute sympathique* à des accidents cérébraux qui simulent jusqu'à un certain point ceux de la méningite; ensuite parce que l'emploi des purgatifs détermine dans l'intestin une action révulsive capable de conjurer les accidents développés dans la tête. Le calomel, à la dose de 5 à 15 centigrammes, est d'une administration facile. S'il ne produit pas d'effet, il faut employer le sirop de nerprun ainsi préparé :

Sirop de nerprun.....	15 à 30 grammes.
Décoction de pruneaux.....	60 —

Mêlez. A prendre en deux fois à jeun.

On peut aussi faire usage du sirop de rhubarbe composé, à la dose de 30 grammes, de la poudre de rhubarbe, de jalap, etc., en ayant soin de calculer les doses d'après l'âge des enfants que l'on traite.

L'un des meilleurs moyens à opposer à la période de germination de la méningite, quand on sait la reconnaître, c'est l'établissement d'un révulsif cutané permanent, soit au bras, soit à la nuque, et de préférence dans cette dernière région. Il faut choisir entre le séton, le cautère et le vésicatoire, suivant l'intensité des phénomènes, sans trop s'occuper des considérations de sens que les parents font toujours valoir en cette circonstance. Il est juste cependant de faire la part des appréhensions que doit causer à une mère la formation d'une plaie derrière le cou de sa fille. On ne doit mettre ces moyens en usage qu'avec une nécessité absolue. Alors il ne faut plus hésiter, car toute complaisance serait coupable et pourrait devenir une faute grave. De ces trois révulsifs, le vésicatoire bien appliqué et journellement excité par un pansement avec la pommade épispastique, est celui que je préfère. Il a tout autant d'efficacité que le cautère ou le séton, et il a sur eux l'avantage de laisser une cicatrice moins désagréable, surtout si son établissement a été de courte durée.

Au début de la seconde période, lorsque la maladie se dessine davan-, et que la méningite, revêtant une forme aiguë, est en pleine activité, il se décider promptement et recourir à une médication énergique en rap- avec la gravité des accidents. La saignée du bras, du pied ou de la jugu-, jouit d'une efficacité réelle : elle amoindrit les phénomènes fébriles et nue l'excitation cérébrale, ce que l'on reconnaît à la cessation des cris et délire de l'enfant.

est souvent impossible de recourir, chez les jeunes sujets, à l'emploi des nées générales, que l'on est obligé de remplacer par les saignées locales, gré tous leurs inconvénients. Ainsi les enfants ont peur des sangsues. Si les applique à la tête, il en résulte quelquefois une congestion très mar- e de cette partie, bien faite pour aggraver les accidents cérébraux. Néan- ins il faut essayer la susceptibilité du malade. Dans le cas où la frayeur des gsues n'est pas trop considérable, il faut en appliquer une ou deux au plus chaque apophyse mastoïde, réitérer même le lendemain, le jour d'après core, si la constitution du sujet l'autorise, et si la gravité des accidents rend te application nécessaire. Dans la circonstance opposée, les sangsues doi- nt être mises à l'anus, à la face interne des genoux ou aux malléoles. Les atouses, appliquées par une main habile, peuvent avantageusement suppléer s sangsues, et l'on devrait toujours se servir de ce moyen peu douloureux, i permet de calculer la quantité de sang soustrait, et qui n'expose jamais hémorrhagie.

On avait proposé, dans le but de dégorger rapidement les vaisseaux de l'in- ieur de la tête, d'appliquer des sangsues dans l'intérieur des narines, ou de re des scarifications sur la membrane muqueuse de la cloison des fosses sales. Le premier de ces moyens est inapplicable chez les enfants ; quant au cond, il a été mis en usage par plusieurs médecins, et par M. Guersant en rticulier, qui n'en a retiré aucun avantage. C'est également pour modifier circulation cérébrale que M. Blaud (de Beaucaire) a proposé et employé ec succès, dit-on, la compression des artères carotides. Je ne doute point cette assertion ; mais ce que je voudrais connaître, c'est le moyen de com- imer les artères carotides sans interrompre la circulation de la veine jugu- re profonde. Or, par cette compression, on empêche, il est vrai, le sang arriver au cerveau, mais on apporte aussi un obstacle au retour de celui qui y trouve, et il en résulte un état de stupeur qui pourrait bien aller jusqu'à asphyxie ; car les yeux se troublent, les idées disparaissent, et la respiration embarrasse sous l'influence de cette pratique : c'est ce que chacun pourra onnaître, comme moi, s'il veut faire l'expérience sur lui-même et s'ob- erver pendant seulement cinq minutes. Il jugera ensuite de l'efficacité que doit avoir cette opération dans le traitement de la méningite tubercu- euse.

Les réfrigérants extérieurs du crâne sont souvent employés, et leur usage est très rationnel. Néanmoins ils n'ont pas une efficacité bien grande. Les

applications de compresses imbibées d'eau froide, la glace dans une vessie appliquée sur le front, sont de mauvais moyens, qui exposent trop à des alternatives de chaleur et de froid, nuisibles plutôt qu'utiles à l'enfant. Pour employer la glace, il faut avoir un bonnet spécial, en caoutchouc, serré sur les tempes de manière à ne pas laisser écouler le contenu, et disposé de façon à ce que la glace transformée en eau puisse couler en dehors par un tuyau particulier. Si l'on veut employer les réfrigérants, c'est à l'irrigation continue qu'il faut recourir. On ne dérange pas le malade de son lit. Il a la tête placée sur un coussin, ses cheveux coupés très court ; le cou est serré modérément par une étoffe imperméable disposée de chaque côté en gouttière, de telle sorte que l'eau qui servira dans l'irrigation puisse s'écouler de chaque côté du lit sans mouiller le corps de l'enfant. Une fois ces pièces disposées, on place au-dessus du malade un vase rempli d'eau à une température modérée, 18 degrés centigrades, et dans lequel se trouve un siphon à robinet, pour modérer à volonté le courant du liquide. A ce robinet s'adapte un bout de ficelle destiné à conduire l'eau sur le front, afin d'éviter la chute du liquide, qui ne pourrait être supportée.

Si l'on doit cesser l'irrigation, il faut rendre l'eau progressivement plus chaude et ne pas interrompre brusquement la médication, afin d'éviter les accidents de réaction qui suivent l'application du froid. Quand l'appareil est enlevé, il faut encore, pendant un jour, appliquer sur le front des compresses imbibées d'eau froide.

Les frictions mercurielles sur le cou, les aisselles, le cuir chevelu préalablement rasé, ont un instant joui d'une grande faveur. Abercrombie les avait vantées ; M. Guersant s'en était déclaré le partisan et en avait obtenu quelques avantages. De nouvelles expériences sont venues démentir ces succès et démontrer leur efficacité dans la méningite simple. Leur utilité dans la méningite tuberculeuse reste contestable. Elles ne peuvent rendre service qu'au début des accidents. On doit les suspendre dès qu'elles ont déterminé la salivation, accident d'ailleurs fort rare chez les jeunes enfants.

Tout en faisant usage de ces moyens, inspirés par la nature de la maladie, il ne faut pas négliger de remplir les indications fournies par les autres symptômes. Les vomissements doivent être combattus à l'aide des antipériodiques, la quinine brute, par exemple à la dose de 0,20 ou 0,30 centigrammes, l'extrait de quinquina, ou à l'aide des calmants et des opiacés, ou enfin par les antispasmodiques, l'eau de fleur d'oranger, l'eau de laurier-cerise à la dose de 10 gouttes, l'éther et le chloroforme à la même dose, la teinture de valériane, de castoréum, etc. La glace ou l'eau glacée peut être très utile dans cette circonstance.

Les opiacés ont l'inconvénient d'augmenter la constipation, mais ils sont très utiles pour calmer l'état d'excitation cérébrale des jeunes enfants. Il faut donner la teinture de Rousseau et celle de Sydenham en potion, à dose narcotisante, à de courts intervalles, en augmentant progressivement la quantité

jusqu'à ce qu'on obtienne du sommeil. J'ai pris l'habitude de l'administrer par gouttes, deux ou trois et même davantage, selon l'âge des enfants, toutes les heures, dans une cuillerée d'eau, de sirop ou d'un véhicule quelconque. Si la constipation persiste, je lui oppose le calomel à la dose quotidienne de 5 ou 10 centigrammes, en pastilles ou en poudre dans de la gelée de groseille.

Les purgatifs sont toujours utiles dans cette maladie. On les administre d'abord parce qu'il est nécessaire de maintenir la liberté du ventre chez les enfants atteints de la méningite, ensuite parce qu'on peut espérer de leur emploi une action de révulsion intestinale favorable au dégorgement de la circulation encéphalique. Le calomel doit être donné tous les jours, à la dose de 5 à 10 centigrammes, et continué jusqu'à ce que la diarrhée oblige d'interrompre son emploi.

On obtient aussi de grands avantages par les révulsions cutanées, faites à de courts intervalles, à l'aide de bains de pieds sinapisés, de sinapismes, ou même de vésicatoires aux jambes. Ce dernier moyen ne doit être proposé que dans la période de convulsion et lorsque les autres ressources ont été épuisées. C'est aussi dans la même période et dans les mêmes circonstances que l'on se décide à couvrir la tête, préalablement rasée, par un large vésicatoire volant. Cette médication a été souvent employée par les médecins; elle n'a presque jamais réussi. Les avantages que l'on retire de son emploi sont surtout évidents dans la méningite simple ou hydrocéphalie aiguë. Plusieurs enfants ont dû la conservation de leur existence à ce remède énergique. Le vésicatoire volant peut très bien être remplacé avec l'huile de croton tiglium, par des frictions stibiées sur le cuir chevelu. Ces frictions se font avec une pommade ainsi composée :

Axonge.....	30 grammes.
Tartre stibié.	10 —

Pour frictions, trois fois par jour, jusqu'à l'éruption confluente.

Les cautères formés par la potasse à l'alcool ou par le marteau de Mayor, et le séton de la nuque, ne sont pas fort utiles dans cette période de la maladie. On ne doit les employer que dans la période de germination et dans l'hydrocéphalie chronique.

Divers moyens empiriques ont été proposés contre la méningite granuleuse, l'iodure de potassium à 1 gramme par jour, chez les petits enfants, 2 et 3 grammes chez des sujets plus âgés.

Observation I. — Le docteur Baumann dit que ayant été appelé au huitième jour d'une hydrocéphalie aiguë chez un enfant de huit ans, offrant une insensibilité absolue, de la cécité avec dilatation et immobilité de la pupille, de la surdité, de la roideur de la nuque et de la difficulté d'avaler, un écoulement involontaire des urines et des matières fécales, du grincement des dents, et de temps à autre, des convulsions générales, il donna 8 grammes d'iodure potassique dans une potion à prendre dans les vingt-quatre heures.

Les convulsions cessèrent dès les premières doses, et bientôt survint amélioration véritable, ce qui engagea à continuer le remède. Il se produisit à peu une forte diurèse, puis une éruption miliaire générale ; un ulcère chan neux apparut sur le dos du pied et fut suivi de la destruction gangréneuse tissu cellulaire de cette région.

L'enfant guérit après avoir consommé pendant un mois près de 75 gram d'iodure, et chaque fois que dans la durée du traitement il y avait une in ruption dans les symptômes, il y avait également une aggravation dans les s ptômes.

La seule difficulté de ce traitement consiste dans la répugnance provoquée l'iodure et dans l'impossibilité de le faire prendre.

On a également conseillé le sulfure de potasse à la dose de 30 à 50 ce grammes dans un looch ; le tartre stibié à 5, 10 et 15 centigrammes, m l'opium, la digitale, la scille ; mais tous ces médicaments sont d'une effica douteuse et ne se recommandent par aucune observation positive.

Dans la période convulsive, il faut donner de l'alcool camphré trois quatre gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée ; de la teinture de musc à 1 2 grammes dans une potion ; de l'asa fœtida, 2 à 4 grammes pour un lav ment de 125 grammes ; du sulfate de quinine, 50 centigrammes à 1 gram en lavement ; le phosphore, à la dose de 3, 5, 10 et 15 centigrammes diss dans de l'huile d'amandes douces. Ce dernier médicament avait toutes l prédilections de Coindet, mais elles n'ont pas été justifiées par l'observatio ultérieure.

Enfin il faut, pour favoriser le succès de tous ces moyens, mettre le malad à la diète la plus sévère, et prescrire l'usage des boissons délayantes et rafraî chissantes. Si la réaction fébrile n'est pas trop considérable et si la maladie s prolonge, on peut permettre une alimentation légère, soit avec du bouillon soit avec du lait, pour éviter une trop grande prostration et pour prolonge les jours du malade.

Aphorismes.

97. La méningite granuleuse est spéciale au jeune âge.

98. La méningite granuleuse se développe toujours, chez des enfants scro fuleux et tuberculeux, ou issus de parents atteints eux-mêmes de tubercule et de scrofules.

99. La méningite granuleuse s'annonce très longtemps à l'avance par de phénomènes intermittents qui sont : de l'inappétence, des accès de tri tesse et de colère, de l'abattement, des frayeurs et des hallucinations noc turnes.

100. Des vomissements, de la constipation et une fièvre vive, joints à un respiration courte, incomplète, intermittente et *suspirieuse*, annoncent un méningite.

101. La rougeur subite du visage et sa décoloration consécutive alter nant à de courts intervalles durant la fièvre, sont des signes prochains de co ns.

102. La fièvre des enfants accompagnée de sensibilité extrême des yeux à la lumière, et d'occlusion permanente des paupières, sans ophthalmie, est un signe de méningite.

103. La méningite granuleuse accompagnée de cris aigus et de convulsions est à peu près invariablement mortelle.

§ II. — De la méningite aiguë simple.

La méningite simple s'observe assez fréquemment chez les enfants à la mamelle. Selon quelques auteurs, Billard, Baron, elle remplacerait à cet âge la méningite tuberculeuse. Je ne crois cependant pas que cette proposition soit exacte, et je me fonde sur le relevé de quinze observations de méningite recueillies chez des enfants de huit jours à trente mois, relevé dans lequel je trouve dix exemples de méningite granuleuse, quatre exemples de méningite simple et un exemple d'hydrocéphalie aiguë essentielle.

Je puis donc avec raison appliquer aux enfants à la mamelle la proposition formulée par M. Guersant, au sujet de la fréquence de la méningite chez les enfants de deux à quinze ans. Je dirai, d'accord avec cet auteur, et pour tous les enfants, que le nombre des méningites simples est inférieur au nombre des méningites tuberculeuses. C'est surtout dans la seconde enfance et après la puberté qu'on rencontre la phlegmasie simple des méninges à l'état aigu.

Étiologie.

Les causes qui favorisent le développement de la méningite simple sont aussi nombreuses que variées. Elles se rapprochent beaucoup de celles de la méningite tuberculeuse.

Il en est une cependant qui paraît être spéciale à la variété qui nous occupe : c'est l'influence épidémique. Nous savions, en effet, que la méningite aiguë des adultes pouvait se développer sous cette forme ; mais on ignorait qu'il en pût être de même chez les enfants. Les relations publiées par le docteur Albert (1), par le docteur Mistler (2), lèveront tous les doutes à cet égard.

Elle peut être *congénitale*, fait rare dont on doit la connaissance à M. Stoltz, et que je vais raconter dans ses détails. La maladie a été primitive, et s'est développée en dehors de toute influence épidémique, en offrant tous les caractères anatomiques de la méningite cérébro-spinale ordinaire. — Née dans le sein maternel, elle a été annoncée par la sortie prématurée du liquide amniotique, et les phénomènes observés au moment de la naissance n'ont été que des accidents mal caractérisés.

Observation II. — M. B..., femme de trente-sept ans, servante, entre à la Maternité le 28 décembre 1856. Taille moyenne, cheveux noirs, tempérament

(1) *Journal de Hufeland.*

(2) *Gazette médicale de Strasbourg.*

sanguin, constitution forte. Accouchée à l'âge de vingt-cinq ans d'un garçon qui vit encore et qu'elle a allaité pendant deux ans. Grossesse sans phénomènes sympathiques. Au début, fièvre intermittente tierce combattue facilement par l'usage du sulfate de quinine.

Le 21 janvier, sans causes appréciables, la femme perdit une grande quantité de liquide amniotique, fortement chargé de méconium. Presque en même temps, la femme déclara qu'elle ne percevait plus aussi clairement les mouvements de son enfant. Les battements redoublés s'entendaient néanmoins.

En présence de ces phénomènes, l'habile professeur de la Maternité, mademoiselle Laugel, diagnostiqua une affection congénitale du fœtus.

L'enfant se présenta en première position et fut promptement expulsé le 23 janvier à dix heures du soir. On constata sur lui tous les symptômes de la mort apparente par asphyxie pure; pâleur, mollesse des chairs, etc. La respiration s'établit avec une grande difficulté et d'une manière imparfaite. A minuit, l'enfant se mit à pousser de légers cris plaintifs, sa peau se réchauffa et se colora insensiblement.

Le 25, l'enfant ne tette pas, n'avale pas même à la cuiller, et rend tout ce qu'il prend. Il est continuellement assoupi; sa face est colorée, jaune. Il n'a pas encore poussé un seul cri, et ne fait entendre que de petits gémissements. Il rend du méconium.

La respiration est courte et fréquente; l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

L'enfant est généralement roide; le tissu cellulaire est plutôt mou que dur; peau uniformément rouge, chaleur conservée.

Le 26, l'enfant n'a pas encore teté et avale même très difficilement à la cuiller; loin de crier, il gémit à peine. Il se réveille difficilement. La respiration est presque imperceptible; cependant la coloration de la peau est naturelle; aucun signe de contracture ni de paralysie. On lui ouvre facilement la bouche; pas de trismus. Les chairs sont plutôt flasques que roides.

Le 27, l'enfant n'a fait que gémir pendant toute la nuit, n'a pas pris le sein, n'a pas même avalé à la cuiller et a rendu très peu de méconium. On ne remarque toujours pas de contractures ni de paralysie. On est frappé de la petitesse du crâne, qui est aussi légèrement déprimé au-dessus des temporaux. Les yeux sont légèrement convulsés, mais mobiles; la tête renversée en arrière, la colonne vertébrale courbée en arc de cercle, et, en saisissant l'enfant par la tête, on le relève d'une seule pièce sans que la colonne vertébrale se redresse (*opisthotonos*).

Deux sangsues à la hauteur des épaules, de chaque côté de la colonne vertébrale; huile d'olives, 10 grammes; chloroforme, 2 grammes. Agitez; de demi-heure en demi-heure une friction le long de la colonne vertébrale.

Le 28, l'état de l'enfant est resté le même; gémissements fréquents pendant la journée. Deux évacuations alvines jaunâtres; les sangsues ont été bien supportées.

Ce matin la colonne vertébrale est moins roide, mais il y a du trismus et de la contracture des extrémités supérieures et inférieures. Par moment, un tremblement nerveux, des secousses comme électriques. Les yeux sont moins convulsés, mais hagards. La respiration est presque complétement abdominale, la déglutition est presque impossible. Quelques gouttes seulement de liquide filent dans l'estomac.

Point d'œdème.

Musc, 0,05; potion gommeuse, 30 grammes par cuillerée à café. Cataplasmes aux jambes. Frictions avec le liniment chloroformé.

L'enfant n'a pas avalé la potion; il est resté dans le même état tétanique et à sept heures du soir.

utopsie, 30 *janvier*. — Roideur cadavérique très prononcée ; les doigts sont ement fléchis dans la paume des mains, le pouce caché par les autres doigts. ace palmaire des mains présente à considérer une empreinte profonde déter- ée par la pression des extrémités digitales.

es pieds sont fortement fléchis sur les jambes avec lesquelles ils forment un le très aigu ; les orteils sont également fortement fléchis.

ulle part on n'observe de sclérème ou d'infiltration du tissu cellulaire.

râne. — Un trait de scie circulaire enlève la calotte du crâne ; on ob- e :

utre une certaine quantité de sérosité jaunâtre entre la pie-mère et l'arach- de, un exsudat comme gélatineux, abondant, de chaque côté et le long du s longitudinal supérieur. Les veines qui aboutissent à ce dernier sont gor- s de sang, ainsi que les veines émissaires. Le même exsudat s'observe en nde abondance à la face interne des hémisphères cérébraux ; il existe aussi, is moindre, vers les bords externes de ces hémisphères.

Les ventricules sont dilatés par de la sérosité limpide ; les plexus choroïdes t recouverts de dépôts pseudo-membraneux parfaitement organisés, dans les- els le microscope ne découvre pas de pus.

L'exsudation signalée plus haut existe également sur les lobes moyens et les es postérieurs. On la retrouve beaucoup plus abondante, et rappelant le pus r sa couleur et sa consistance, sur les lobes du cervelet et principalement le g du vermis. Elle se prolonge en avant sur le pont de Varole et les nerfs qui rtent de la face inférieure du cerveau, en bas le long du bulbe jusqu'au-dessous la queue de la moelle allongée.

Le microscope fait voir une grande quantité de globules de pus dans la matière i recouvre le vermis cérébelleux.

Les veines de la base du crâne, le pressoir d'Hérophyle et les veines émissaires nt gorgés de sang noir.

La substance cérébrale est beaucoup plus dense qu'elle ne l'est jamais d'habi- de chez les jeunes enfants.

Rachis. — En incisant les méninges rachidiennes, on constate une vasculari- tion anormale de la pie-mère ; les sinus veineux rachidiens rappellent par leur lume les veines de la base du crâne.

Dans la partie cervicale de la moelle, il n'y a pas d'exsudat inflammatoire ; il pparaît qu'à la partie inférieure de la région dorsale, et se prolonge de là, très ondant, jusqu'à la queue de cheval. Les viscères des cavités thoracique et ab- minale n'offrent rien de particulier. Les poumons sont roses, un peu d'hypé- mies dans les parties déclives. Hypérémie de la même nature au bord inférieur foie, à l'extrémité inférieure de la rate et des reins.

Rien à noter dans les autres organes (1).

On trouve dans les ouvrages des observations d'enfants qui présentaient au oment de leur naissance le sclérème, l'érysipèle, la péritonite, la pleurésie ; est des cas de méningites consécutives à l'opération du spina bifida, par emple, mais nous ne croyons pas qu'il ait été question de méningite cérébro- inale, idiopathique, spontanée, aussi nettement caractérisée par les sym- ômes et surtout par les lésions nécroscopiques.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857.

Anatomie pathologique.

Les caractères anatomiques de la méningite simple des enfants sont, à peu de chose près, les mêmes que ceux de la méningite granuleuse. Si l'on excepte les granulations qui forment le signe essentiel de cette dernière variété, les altérations de l'arachnoïde, de la pie-mère, du cerveau, sont semblables ; seulement, l'infiltration plastique et purulente qui se fait dans le réseau de la pie-mère et l'épanchement des ventricules paraissent plus marqués.

Je ne pense pas, comme le prétendent MM. Rilliet et Barthez, qu'on puisse rapporter à la méningite tuberculeuse certains exemples de méningite simple, c'est-à-dire sans granulations méningées et sans tubercules cérébraux, par ce seul motif qu'il existe des productions tuberculeuses en d'autres points de l'économie. La phlegmasie des méninges qui se développe chez un enfant qui a des tubercules cervicaux ou une affection tuberculeuse de l'articulation du genou (*tumeur blanche*) ne saurait être considérée comme une méningite tuberculeuse, s'il n'y a des granulations méningées. C'est comme si l'on voulait appeler pneumonie tuberculeuse celle qui survient chez un enfant qui n'a pas de tubercules pulmonaires, parce qu'il y en a dans les ganglions bronchiques ou parce que d'autres organes sont remplis de ces productions morbides.

Souvent, il est vrai, le médecin, guidé par la constitution évidemment tuberculeuse des enfants qui présentent des accidents cérébraux ou thoraciques, croit pouvoir diagnostiquer une méningite granuleuse ou une pneumonie tuberculeuse : en effet, la chose est très probable, mais il ne doit pas craindre d'avouer son erreur et de revenir sur son assertion, si l'autopsie lui permet de constater l'absence de granulations dans les méninges ou dans les poumons.

Symptômes.

Les symptômes de la méningite simple sont surtout différents de ceux de la méningite tuberculeuse, lorsqu'on les étudie au début de l'affection. Il faut ici tenir compte des commémoratifs pour connaître les antécédents de l'enfant, et savoir si, dans sa vie ou dans celle de ses parents, il n'y a pas de traces de l'affection scrofuleuse. Le début de la méningite simple est toujours instantané ; il y a, au contraire, dans la méningite tuberculeuse, des accidents précurseurs plus ou moins prolongés qui n'échappent pas à un examen attentif. Ce sont ces phénomènes que j'ai rassemblés dans la période de germination de la méningite granuleuse, comme on a pu le voir dans le chapitre précédent.

A part cette différence fondamentale dans l'expression morbide du début de la méningite simple, les autres symptômes ne diffèrent pas beaucoup de ceux de la méningite tuberculeuse. Ici, la marche est plus rapide, les accidents moins incertains, les phénomènes mieux caractérisés ; mais il n'y a pas de signes positifs sur lesquels on puisse s'appuyer pour assurer son diagnostic. Je renvoie donc, pour ce qui regarde les symptômes de cette maladie, à l'ex-

position du diagnostic et des symptômes des deux dernières périodes de la méningite tuberculeuse.

Terminaison.

De grandes différences séparent ici la méningite aiguë de la méningite tuberculeuse. La méningite aiguë peut se terminer par la mort, par la guérison, ou passer à l'état chronique. La terminaison favorable n'est plus ici un de ces faits qu'on ose à peine croire, et qu'on révoque en doute si on ne l'a pas observé. De nombreux exemples attestent la possibilité de la guérison, qu'on obtient plus facilement dans la méningite aiguë sporadique que dans la méningite aiguë épidémique.

Après le retour à la santé, il reste quelquefois pendant fort longtemps des troubles de l'intelligence ou de la motilité. Chez quelques enfants, l'aptitude au travail paraît abolie, et leur esprit se développe avec peine. Chez d'autres, on observe de la faiblesse dans les membres d'un côté du corps, et quelquefois de l'hémiplégie ou de la paralysie dans un ou plusieurs sens. Cette paralysie se dissipe avec l'âge. Ainsi j'ai vu, au mois de juillet 1854, à ma consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, une enfant de six ans, qui au mois de décembre 1853 avait été malade, avait eu la fièvre, des vomissements, de la constipation, des cris hydrencéphaliques, des convulsions suivies d'une hémiplégie droite complète. Quand elle me fut présentée, la paralysie avait presque disparu, et il ne restait plus qu'une faiblesse très grande des mouvements, surtout dans le bras droit. Il en est chez lesquels la maladie amène une idiotie complète ou une paralysie incurable, ou enfin se transforme en hydrocéphalie chronique, comme j'en ai observé deux exemples. Cette terminaison est fort rare. L'hydrocéphalie se développe presque toujours d'une manière lente et insensible, sans qu'il y ait de phénomènes aigus précurseurs.

Traitement.

Les considérations que nous avons présentées dans le chapitre précédent relatives au traitement de la méningite tuberculeuse à l'état aigu trouvent ici leur place. Elles sont également applicables au traitement de la méningite simple. Les indications à remplir dans les deux affections sont les mêmes : il faut à tout prix détourner la fluxion des méninges. La tâche est plus facile dans le cas que dans l'autre. On emploie les mêmes moyens pour y réussir : aussi ne nous paraît-il pas nécessaire de revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet.

CHAPITRE XXI.

DES TUBERCULES DU CERVEAU.

Les tubercules du cerveau ne se développent presque jamais chez les nouveau-nés ou chez les enfants encore à la mamelle. Ils n'existent que dans la seconde enfance.

Il y a trois variétés de tubercules du cerveau. Les uns, primitivement développés dans la pie-mère, ont envahi de dehors en dedans les couches corticales et sont arrivés jusque dans la substance médullaire; les autres, développés dans les couches corticales, ont gagné la pie-mère, avec laquelle ils n'ont que peu d'adhérence; les derniers, enfin, complétement enveloppés par la substance cérébrale, sont déposés dans l'épaisseur ou dans la profondeur de l'organe. Ils existent dans toutes les parties de l'encéphale, dans les hémisphères cérébraux, dans la protubérance annulaire et dans le cervelet.

La matière tuberculeuse formée dans l'encéphale, offre des caractères semblables à ceux de la matière tuberculeuse des autres viscères; seulement il est très rare de la rencontrer à l'état d'infiltration ou à l'état crétacé. Elle se présente toujours à peu près à l'état de crudité, avec une couleur jaune verdâtre très manifeste.

Le volume de ces productions est essentiellement variable. Quelques-unes sont énormes. Leur densité n'est pas la même; elles passent par tous les degrés depuis l'état de crudité du tubercule jusqu'à la mollesse du tubercule ramolli.

Il peut même arriver, mais cela est très rare, qu'un tubercule ramolli vienne à la superficie du cerveau contracter adhérence avec les os du crâne, et en produise la nécrose, de manière à faire une caverne cérébrale ouverte à l'extérieur par une ouverture fistuleuse de la peau. Mauthner (de Vienne) a publié un cas de ce genre :

Observation I. — L'enfant, âgée de seize ans, malade depuis l'âge d'un an, avait eu une carie scrofuleuse de la mâchoire inférieure, des os de la main et des pieds, des ulcérations de la peau sur les jambes et une ulcération frontale communiquant avec le cerveau d'où s'écoulait du pus. Elle mourut dans le marasme avec incontinence des urines et des matières fécales, sans présenter de convulsions ni de phénomènes cérébraux.

Le frontal était détruit dans une étendue de 3 centimètres; il y avait au-dessous, entre cet os et le feuillet de la dure-mère, une cavité du volume d'un œuf de poule remplie de pus; mais le feuillet de la dure-mère épaissie et perforée offrait deux ouvertures correspondant à deux cavernes de 3 à 4 centimètres, creusées dans le sommet des lobes antérieurs du cerveau, tapissées par une fausse membrane couverte de végétations rougeâtres, et renfermant de la matière tuberculeuse jaunâtre à moitié ramollie. Il n'y avait pas un seul tubercule dans les organes et dans les autres viscères.

La substance cérébrale qui environne les tubercules cérébraux conserve ses caractères ordinaires tant que le produit reste à l'état de crudité. Elle s'enflamme, devient rouge par infiltration sanguine, et se ramollit en même temps que le tubercule. Il se forme alors un épanchement ventriculaire plus ou moins considérable.

Les méninges sont souvent affectées et présentent les granulations fibro-plastiques dont nous avons parlé à propos de la méningite tuberculeuse. Il faut ici distinguer deux cas : ou bien l'enfant est mort à la suite d'une affection au cerveau, de nature tuberculeuse ou inflammatoire; ou bien il

à une affection cérébrale. Dans le premier cas, si l'on trouve des
s dans le cerveau, il est rare de rencontrer des granulations dans les
; cependant on les y rencontre quelquefois. Dans le second, en
ps qu'il y a des tubercules encéphaliques, il y a des granulations
tiques dans les méninges. C'est là une règle qui souffre peu d'excep-

fants qui ont des tubercules dans le cerveau ont aussi fort souvent
cules dans les autres viscères. La tuberculisation de cet organe n'est
ment que l'expression d'une diathèse déjà manifestée dans les pou-
dans les ganglions bronchiques ou dans les viscères de l'abdomen,
ganglions de cette cavité et dans les ganglions du cou.
bercules du cerveau, excessivement rares chez les nouveau-nés, se
quelquefois chez des enfants encore à la mamelle ; ils s'observent
ement dans le cours de la seconde enfance, c'est-à-dire de quatre à
ns.
mptômes des tubercules du cerveau sont excessivement obscurs, et il
rare de voir succomber des enfants avec cette altération anatomique
rien ait pu en faire soupçonner l'existence. Ils meurent d'une affec-
ié viscérale, ou au milieu de convulsions instantanées, comme dans le
nt observé dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

VATION II. — Une enfant de cinq ans entra le 16 mars 1854, au n° 1 de
Sainte-Marguerite, pour une entérite légère, qui fut guérie après une se-
repos et de traitement approprié. — Cette petite fille, brune, sur laquelle
as de renseignements, est taciturne, somnolente, pleureuse ; elle ne pré-
cun indice de tubercules. Les selles sont régulières. — Elle a eu un vo-
nt depuis son entrée à l'hôpital.
avril, légère fièvre avec un peu de bronchite qui dure pendant deux
le 4 avril, on donne 30 grammes de sirop d'ipécacuanha. Dès le premier
vomissement, l'enfant est prise d'un accès convulsif intense, qui se
une demi-heure. Mais bientôt arrive un nouvel accès de convulsions
s générales. Cette attaque éclamptique s'accompagne de coma, avec sé-
salivaire et bronchique abondante. Le ventre se ballonne, la respiration
re; — les convulsions cessent par le chloroforme, mais l'enfant reste
carus, — et meurt dans la journée, asphyxiée par les mucosités abon-
qui obstruent les bronches et par le trouble nerveux extrême de la respi-

psie. — L'encéphale est congestionné. Les méninges ne sont pas adhé-
la substance grise. Elles présentent une plaque d'infiltration purulente
trémité antérieure du vermis supérieur, et il existe *un tubercule* gros
une noisette développé dans les méninges, sur le bord cérébelleux du
térieur droit. Les commissures blanches sont entièrement ramollies. Les
rébraux offrent un piqueté considérable. Il n'y a pas d'épanchement ven-
e. Les autres parties du cerveau sont saines.
rculisation miliaire des poumons. Tuberculisation des ganglions bronchi-
uelques ganglions sont jaunâtres, franchement tuberculeux ; d'autres sont
es et brunâtres (indurés et enflammés).
œur et les viscères abdominaux n'offrent nulle altération.

Le tube digestif n'offre d'altération que dans le gros intestin, dor queuse est d'un rouge veineux prononcé. Cette rougeur est d'autan tense, qu'on est plus près du rectum, de telle sorte qu'elle est peu mar le cæcum.

Chez d'autres enfants, les symptômes sont à peu de chose près l que les symptômes de certaines formes de la méningite tuberculeuse que l'on retrouve encore bien mieux caractérisés les symptômes de *de germination* de cette dernière maladie. En effet, les tubercules d comme les granulations méningées, sauf de très rares exceptions, s longtemps à l'avance sans provoquer des accidents mortels. Que de serve-t-on pas chez les enfants en bonne apparence de santé des ph passagers de congestion cérébrale, des vomissements irréguliers, d sies musculaires, des paralysies de l'ouïe ou de la vision, des accident bizarres, et surtout des céphalalgies qui n'ont pas d'autre cause !

J'ai vu, chez un enfant, apparaître une douleur vive à la région accompagnée d'une rétraction du muscle sterno-mastoïdien du côt La tête était déviée de ce côté. Ces accidents disparurent. Ils se repr trois semaines après ; mais en même temps il y eut de la fièvre, de nocturne et des réveils en sursaut. L'enfant se levait tout à coup en se calmait à l'arrivée de sa mère. Pendant le jour il avait des terr daines dont rien ne pouvait rendre compte. Il digérait d'ailleurs fo jouait volontiers et ne paraissait pas être autrement malade. Une se l'enfant revint à la santé. Il fut repris de nouveau, et succomba r aux suites d'une affection cérébrale qui présenta les symptômes de gite tuberculeuse.

A l'autopsie, je trouvai avec les granulations méningées deux tuber le cervelet et un tubercule dans la protubérance annulaire, dont la était rouge et ramollie alentour.

Chez ce malade, il est permis de croire que la rétraction muscul accidents nerveux étaient dus à l'irritation encéphalique causée pa sence des tubercules. Ces congestions passagères ont déterminé la des granulations méningées, et secondairement la méningo-encéphal fait périr le sujet.

J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, une grande et belle fille de dix d'un père tuberculeux, et qui entra dans mes salles avec une amau violente céphalalgie intermittente, et des vomissements assez souvent Elle offrait d'ailleurs l'apparence de la plus belle santé, fraîche, rose, mangeant bien et jouant avec les autres enfants. Au bout de deux n fut prise subitement de convulsions et mourut en quelques heures

'iqué un tubercule du cerveau et je rencontrai un tubercule

l cette observation :

ION III. — Le 15 mars 1854, entre au n° 15 de la salle

rguerite, Joséphine Froment, âgée de dix ans. Son père est mort de phthisie monaire. Sa mère est forte et bien portante. — Cette enfant est vaccinée. Elle a jamais été malade, et n'a eu de convulsions que depuis six mois. L'enfant est node, a de longs cils, les yeux bleus, la peau fine ; ses doigts ne sont pas dé-rmés. — Depuis six mois, l'enfant souffre de la tête, du ventre et de la poi-rine. Ces maux de tête, très violents, arrivent par accès intermittents, avec perte e l'intelligence, laquelle est intacte après l'accès. L'enfant entre trois fois à l'hôpital des Enfants malades, et en sort après quelque temps sans grande amé-oration.

Depuis six semaines, amaurose complète, pupilles dilatées, immobiles. L'en-fant ne distingue point la lumière des ténèbres. La figure est rouge, vultueuse; le pouls est dur, régulier : 96. — La respiration est régulière. Râles crépitants dans la poitrine. Le ventre est un peu tendu et douloureux. Constipation alter-native avec de la diarrhée ; quelques vomissements bilieux. Les jambes sont faibles, douloureuses, et la malade ne peut marcher. Rien de particulier dans les bras.

Le jour d'entrée, céphalalgie violente pendant quelques heures avec délire, sans convulsions.

Jusqu'au 22 mars, cet état reste le même ; l'enfant souffre presque tous les jours et par accès de douleurs très vives dans la tête et dans les reins. Nulle attaque ne se complique de convulsions. La malade se lève un peu. (Houblon, vin antiscorbutique, pédiluves sinapisés.)

Cyanure de potassium	3	grammes.
Eau distillée.....	250	—

Pour usage externe en applications sur le front.

Le 23, l'enfant se plaint pour la première fois de douleurs dans le bras droit, qu'elle remue, du reste, et dont les mouvements n'augmentent pas les douleurs. — L'intelligence reste toujours libre.

Le 24, intermittence dans le pouls, — qui est plus ou moins fréquent ; — les douleurs plus ou moins violentes et plus ou moins étendues ne suivent pas ces irrégularités du pouls. — Parfois, le pouls est à peine sensible. (Vésicatoire à la nuque.)

Vomissements bilieux, — constipation ; — le plus souvent diarrhée. — L'en-fant mange très bien, du reste, et conserve de l'appétit.

En avril, tous ces phénomènes se manifestent d'une manière variée ; tantôt les douleurs de bras sont les plus fortes, tantôt ce sont celles de la tête sans convul-sion ni délire, tantôt les douleurs rachidiennes. Des douleurs thoraciques ex-trêmes gênent le décubitus.

Pour la première fois, le 23 avril, les douleurs cérébrales très vives s'accom-pagnent d'un étourdissement presque syncopal. Pas d'opisthotonos, pas de con-vulsions tétaniques ni cloniques. L'enfant, toujours aveugle, conserve la mé-moire et l'intelligence. Constipation alternative de la diarrhée ; quelquefois seule-ment, les selles sont involontaires. Cautère à la nuque.

En mai, rien de spécial jusqu'au 11. Alors, la céphalalgie s'accompagne de convulsions dans les muscles de la face, d'étourdissements, de douleurs épigas-triques oppressives, avec anxiété. — Au bout de quatre heures, cet accès se calme, la figure est toujours congestionnée ; mais le 20 mai, sans prodromes qui pussent indiquer une attaque, l'enfant est prise, à minuit, de perte de connais-sance. J'étouffe, dit-elle, et elle tombe de son lit par terre. — Replacée dans son lit, l'enfant dit à peine quelques mots, ne répond plus, et ce coma s'accompagne de contraction tonique du bras droit. L'enfant meurt à cinq heures du matin.

Autopsie. — Le cerveau est distendu, gonflé, lisse, sans congestion méningée, ni suppuration, ni granulations plastique ou tuberculeuse de la pie-mère. — Le plancher du troisième ventricule est distendu par une grande quantité de sérosité qui s'écoule en jet quand on pique cette paroi animée.

Le lobe droit du cervelet est ramolli, presque déliquescent sur les bords; il est plus volumineux que le gauche. Il renferme une tumeur sphérique de 3 centimètres de diamètre, jaunâtre, dure, fibroïde, entourée d'un cercle de substance grise, et placée au-dessus du centre de la substance blanche qui est ramollie. Cette tumeur est formée de matière tuberculeuse. — La substance qui l'entoure est amorphe, renferme les corpuscules nerveux de la substance grise cérébrale. — Le lobe gauche est sain.

Les commissures blanches du cerveau sont ramollies. Les ventricules latéraux sont très dilatés, sans que leur paroi interne présente aucune trace d'inflammation. La substance blanche des hémisphères est crémeuse, sans piqueté inflammatoire.

Les nerfs optiques, les couches optiques et les tubercules quadrijumeaux sont sains. La moelle n'a pas été examinée.

Les poumons sont tuberculeux sans caverne; ils renferment de gros tubercules jaunâtres, crus, formés de matière tuberculeuse, et des granulations grises demi-transparentes et gris jaunâtre, formées de matière fibro-plastique.

Les ganglions bronchiques sont tuméfiés et tuberculeux.

Adhérence du poumon droit à la paroi par des membranes pleurétiques. Pleurésie granulée sans hydropisie. Granulations fibro-plastiques.

Congestion des veines et des viscères de l'abdomen. Ces viscères renferment quelques granulations d'apparence tuberculeuse, et qui sont de la matière fibro-plastique.

Le péritoine renferme de la sérosité citrine. Il est épais, congestionné par inflammation, tapissé de granulations grises demi-transparentes, fibro-plastiques, et de granulations jaunâtres, plus grosses, tuberculeuses.

La muqueuse intestinale est saine.

L'examen au microscope fournit les résultats suivants.

1° *Tumeur du cervelet.* — Tubercules bien caractérisés, corpuscules propres abondants, comparativement à la matière amorphe. La partie grisâtre demi-transparente, molle, qui sépare la tumeur du cervelet, se compose de matière amorphe, semblable à celle de la substance grise normale, mais plus molle et plus transparente. On y trouve les éléments propres à la substance grise, savoir, quelques tubes nerveux, des myélocystes plus abondants que dans la substance saine.

2° *Poumons et ganglions bronchiques.* — On trouve des tubercules ayant une proportion considérable de sels calcaires, mais n'offrant rien de particulier, si ce n'est que la substance compacte grise entourant le tubercule se compose de matière amorphe, avec granulations grisâtres moins foncées que celles du tubercule dont elle est parsemée dans toute son étendue.

3° Les granulations grises du poumon, celles du rein, celles du mésentère et des intestins, offrent toutes la même composition anatomique; c'est la structure des granulations *grises* pulmonaires. — La structure qui va être indiquée montre que ces granulations sont des produits morbides parfaitement organisés, mais ayant une organisation qui leur est propre; aussi ne faudrait-il pas les considérer comme un blastème qui préparerait l'arrivée du tubercule. Ces produits ont leur marche distincte, et bien qu'ils soient compliqués de tubercule, ils peuvent être ou ne pas être liés ensemble. C'est ainsi que ces granulations, qui coexistent fréquemment dans le poumon, rein, foie ou rate, ou dans les séreuses, ne [illegible] dans les ganglions lymphatiques, et elles manquaient dans ceux

... bronches dont nous avons parlé plus haut, bien qu'ils renfermassent du tubercule.

Ces granulations sont ainsi composées : substance amorphe grisâtre fortement granuleuse, qui en compose la gangue plus ou moins abondante d'une granulation à l'autre. On y trouve, en outre, des éléments fibro-plastiques plus abondants dans ces granulations que dans les cas ordinaires. Ce sont, soit des noyaux libres ou des éléments fusiformes bien caractérisés d'une grande longueur. Il s'y trouve aussi quelques cellules fibro-plastiques proprement dites. On y trouve encore des cytoblastions assez nombreux, et ces deux éléments réunis forment les deux tiers de la masse, tandis que ordinairement c'est la matière amorphe qui, à elle seule, forme cette proportion, et les éléments fibro-plastiques du cytoblastion l'autre tiers.

Il est à noter que dans l'intestin, au-dessous des granulations grises, on tombe sur la tunique musculeuse de l'intestin.

Dans le mésentère et sur la séreuse intestinale, on trouve des amas de granulations assez dures, grosses comme un haricot, d'un ensemble gris blanchâtre demi-transparent, dont la coupe ressemble à des granulations grises, comme une tête d'épingle, juxtaposées et séparées par des cloisons plus molles. Chacun de ces corps n'est pas une granulation plus volumineuse, mais un amas de granulations grises moins fournies des mêmes éléments fibro-plastiques, comme celles qui viennent d'être décrites.

J'ai vu, chez une autre enfant, les tubercules du cerveau s'annoncer par une hémiplégie instantanée, complétement guérie au bout de huit jours et suivie deux jours après la guérison de fièvre et de méningite rapidement mortelle. Dans un autre cas, cette maladie avait produit une grande faiblesse de l'intelligence, des vomissements avec diarrhée, de la paralysie des membres, de l'amaurose et des convulsions toniques toutes particulières ; il est vrai qu'il y avait à la fois des tubercules dans le cervelet et de l'hydrocéphalie chronique.

Les symptômes des tubercules du cerveau sont donc fort obscurs au début du mal, et ils passent souvent inaperçus. Ce sont des troubles nerveux apyrétiques de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité, ressemblant beaucoup à ceux de la *période de germination* de la méningite granuleuse. Il y a là, en effet, un mal en germe qui se développe sourdement jusqu'au jour de sa manifestation au dehors. Quelquefois des symptômes d'un état aigu subinflammatoire se montrent, et c'est alors que la ressemblance avec la première période de la méningite granuleuse est plus complète. Plus tard, enfin, ces tubercules provoquent une véritable ménigite qui suit son cours à la manière de la méningite granuleuse et fait périr presque tous les enfants. Je ne reproduirai pas ici l'exposition de ces symptômes et je me contenterai de renvoyer le lecteur au chapitre consacré à l'étude de cette dernière maladie. (Voyez *Méningite granuleuse*, p. 170.)

On y trouvera des considérations d'étiologie, de pronostic et de traitement qui sont applicables dans cette circonstance.

CHAPITRE XXII.

DE L'HYDROCÉPHALIE.

On donne le nom d'hydrocéphalie aux épanchements de sérosité qui s'forment dans l'intérieur du crâne et du cerveau.

Cette affection se présente sous plusieurs formes distinctes les unes des autres; elle offre de notables différences dans sa marche et sous le rapport des nombreuses causes qui la déterminent. Il est impossible de l'étudier convenablement sans établir quelques divisions absolument nécessaires à la clarté de la description.

La première de ces divisions est fondée sur l'appréciation de la marche lente ou rapide des accidents cérébraux et sur l'intensité de la réaction fébrile d'où l'*hydrocéphalie aiguë* et l'*hydrocéphalie chronique*.

La seconde division est basée sur la nature même de la maladie. Ainsi comme l'hydrocéphalie peut dépendre d'une modification anatomique du cerveau, et être la conséquence de cette altération, ou, au contraire, exister indépendamment de toute lésion organique antérieure, j'ai cru devoir adopter à son égard la division généralement acceptée dans l'étude des hydropisies, division dans laquelle le mot *essentiel* ou *symptomatique* spécifie l'absence ou la présence d'altérations anatomiques des tissus. Je m'occuperai donc séparément des hydrocéphalies aiguës ou chroniques, puis des hydrocéphalies *essentielles* et *symptomatiques*.

§ I. — De l'hydrocéphalie aiguë.

Il y a deux espèces d'hydrocéphalie aiguë, L'une, *symptomatique*, est la conséquence de quelque altération matérielle du cerveau et de ses enveloppes; l'autre, *essentielle*, est primitive et s'est établie sans lésion organique préexistante.

1° *Hydrocéphalie aiguë symptomatique*. On rencontre souvent des enfants frappés par une maladie aiguë des méninges ou de la pulpe cérébrale qui présentent en même temps un épanchement séreux arachnoïdien ou ventriculaire considérable. Dans ces circonstances, la formation du liquide doit être considérée comme le résultat de la lésion antérieurement établie, comme un accident ou comme une complication de la maladie primitive. C'est l'hydrocéphalie aiguë symptomatique. On la rencontre avec la méningite aiguë, simple ou tuberculeuse, l'encéphalite, les tubercules cérébraux, etc. Elle ne constitue donc pas un état pathologique spécial et ne peut être séparée des maladies qui lui ont donné naissance. Son histoire ressort entièrement de la description des maladies qui l'ont engendrée.

2° *Hydrocéphalie aiguë essentielle*.— Ce nom appartient aux épanchements de sérosité qui se font dans l'intérieur du crâne, en l'absence de toute altération du cerveau ou de ses enveloppes.

C'est une maladie fort rare dont on trouve peu d'exemples bien constatés dans les auteurs. MM. Abercombrie, Andral, Bricheteau, Martin-Solon, ont publié plusieurs observations de ce genre. MM. Rilliet et Barthez en citent trois, deux avec épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, et un avec un épanchement ventriculaire. Comme on ne saurait trop multiplier les faits de cette nature, je vais en rapporter deux autres, l'un que j'ai recueilli dans le service des nourrices, à l'hôpital Necker, en 1842, le second, dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Observation I. — *Hydrocéphalie aiguë, tubercules pulmonaires.* — Garçon de dix mois, toujours bien portant jusqu'à l'âge de sept mois, ayant eu cependant une petite vérole fort discrète. Depuis trois mois il est malade. Il eut d'abord à plusieurs reprises quelques phénomènes cérébraux ; deux, trois et même quatre convulsions dans un jour ; elles revenaient à dix ou douze jours d'intervalle ; depuis trois semaines, il n'a pas eu de convulsions, mais il a eu la fièvre très fort et d'une manière rémittente ; pas de diarrhée ni de constipation ; pas de vomissement ; un peu de toux, mais à de rares intervalles. L'appétit s'est dérangé ; il ne mange pas et tette fort peu. Naturellement gai, il est devenu sérieux ; il criait et pleurait dans la douleur ; depuis trois semaines, il ne pleure plus. Il se plaint continuellement.

Il est entré à l'hôpital Cochin, où des sangsues ont été appliquées (2 au ventre, 1 à l'anus) ; mais il est sorti non guéri, et il est entré à l'hôpital Necker, salle Sainte-Julie, n° 10.

Enfant fort replet, très blanc ; la figure pâle ; tête grosse ; yeux bleus, hagards : expression d'hébétude et de tristesse ; gémissements continuels, sommeil fréquent et de courte durée ; le réveil a lieu par une secousse qui paraît très pénible et qui s'accompagne d'un cri aigu.

Toux rare, un peu de sibilance dans la poitrine, pas de dyspnée.

Ventre gros, légèrement ballonné ; selles faciles, non diarrhéiques ; pas de vomissements ; peau médiocrement chaude ; pouls, 140.

Le 2 *avril*, face pâle, bouffie, expression d'hébétude remarquable ; on y voit aussi l'expression de la souffrance (contraction des sourcils et des narines), gémissements continuels, peu de sommeil. Le repos ne dure que peu de temps ; réveil en sursaut par un cri aigu comme celui de la frayeur ; en même temps la face se convulse légèrement, et il a des mouvements spasmodiques dans les membres. — L'enfant tette bien, et souvent on ne lui donne rien à manger ; pas de dévoiement ; peau bonne ; pouls, 138. — Potion antispasmodique ; deux pastilles de calomel de 5 centigrammes.

Le 3 *avril*, rien de nouveau. — Potion antispasmodique ; deux pastilles de calomel de 5 centigrammes.

Le 10 *avril*, état de souffrance remarquable, caractérisé par l'altération des traits, les plaintes, le cri aigu et la mobilité continuelle. La face, pâle et bouffie, se colore légèrement pendant le cri, et c'est au front et aux tempes que s'aperçoit la rougeur, là où l'on voit les veines se gonfler. Le sommeil est fréquemment interrompu par des réveils en sursaut suivis de convulsions des yeux, de tremblement et de contraction des membres. L'enfant tette souvent, il ne mange rien. Peau chaude ; pouls, 162. — Deux pastilles de calomel.

Le 15 *avril*, cet enfant était dans le même état à la visite du matin. Vers midi, il lui prend un vertige, et, au milieu des cris et de l'agitation, une convulsion paraît ; les yeux sont fixes, divergent un peu ; les membres se

roidissent, la face devient violacée, noirâtre, et il meurt en quelques minutes.

Autopsie, dix heures après la mort. — Quoique la tête et le corps de cet enfant soient énormes pour l'âge auquel il est arrivé, il y a cependant prédominance relative très marquée du volume de la tête sur le volume du tronc. Les dimensions du crâne sont en rapport avec celles de la face. Les os de la tête ne sont nullement altérés. Il n'y a point d'écartement des sutures.

Le cerveau est ferme et consistant; les circonvolutions ne sont nullement aplaties. Il existe un peu d'infiltration séreuse à la partie supérieure et antérieure des hémisphères. Les membranes sont saines dans le reste du cerveau. La substance cérébrale est blanche, sans injection, ne contient aucune production accidentelle. La seule lésion qui s'y trouve, c'est la dilatation des ventricules latéraux par de la sérosité claire roussâtre. Ces cavités, dont on ne peut apprécier l'exacte étendue, ont environ deux fois plus de capacité qu'à l'état normal. Elles contiennent chacune environ 60 grammes de liquide clair, limpide, sans fausses membranes. Les parois sont fermes, pâles, nullement altérées. Les autres ventricules ne sont point dilatés.

Les poumons sont pâles, résistants et marbrés par des taches rouges répandues à leur surface. Ces taches sont formées par des lobules engoués, durs, et ne surnagent pas au liquide; leur extérieur est rouge, livide, assez dense; la coupe en est lisse et offre l'apparence de la carnification; elles ne sont pas nombreuses. A part de petits noyaux de pneumonie lobulaire peu nombreux, il y a un peu d'engouement à la partie postérieure et inférieure de l'organe. Ce n'est pas encore tout: il existe sous la plèvre et dans l'intérieur du tissu pulmonaire un assez grand nombre de granulations transparentes dues à la présence de matière tuberculeuse à son premier degré de formation. Pour quelques-unes, on dirait une vésicule au milieu de laquelle serait une granulation opaque tuberculeuse. Ce sont ces granulations qui, par leur nombre, donnent au poumon la densité que nous avons signalée.

Les ganglions bronchiques sont énormes et complétement dégénérés en matière jaune opaque très dure, analogue à la matière tuberculeuse crue; il n'y a pas de ganglion qui soit ramolli.

Le cœur est énorme, relativement à l'âge de cet enfant; il est aussi gros que celui d'un enfant de quatre ans; il a deux fois le volume du poing du sujet. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche, dont la cavité est également agrandie.

L'organe est rempli de caillots très fluides et sans concrétion fibrineuse.

Abdomen. — Les ganglions mésentériques sont très nombreux, un peu hypertrophiés, mais sans avoir subi de dégénérescence. On voit dans le mésenté des stries blanches dues à la présence des vaisseaux chyliformes qui se rendent à ces ganglions; lorsqu'on les coupe, il s'en écoule un liquide lactescent.

Le foie est très gros; sous le péritoine et au-dessus de la capsule se trouve un grand nombre de granulations miliaires, que l'on pourrait dire tuberculeuses mais dont nous ignorons la nature.

Des granulations semblables existent dans l'intérieur de la rate, un peu hypertrophiées. Elles sont innombrables.

Les autres organes sont sains.

On serait fort embarrassé si l'on devait expliquer le développement de l'hydrocéphalie que nous venons de décrire. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans les méninges ou dans l'encéphale; aucun de ces produits accidentels peuvent produire l'excitation du cerveau, aucune des lésions que que

les pathologistes regardent comme les causes de l'épanchement de sérosité ventriculaire et de la dilatation des ventricules.

Les méninges étaient saines et ne renfermaient aucunes granulations fibroplastiques jadis considérées comme tuberculeuses. En revanche, les poumons étaient remplis de ces petits corps étrangers.

L'hydrocéphalie aiguë essentielle est caractérisée anatomiquement par l'épanchement de sérosité dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, ou dans l'épaisseur même de la pulpe cérébrale.

Les méninges ne présentent d'autre altération qu'une légère infiltration séreuse et ne renferment aucune granulation, contrairement à l'assertion trop absolue de MM. Rufz, Guersant, Becquerel, etc., qui ont considéré ces productions comme la cause ordinaire de l'hydropisie ventriculaire. Le liquide épanché n'est jamais en très grande abondance. Sa quantité varie de 60 à 150 grammes. La substance du cerveau est ordinairement ferme ou légèrement ramollie dans les points qui sont en contact avec le liquide. Il en est souvent ainsi de la voûte à trois piliers, et de la cloison qui sépare les ventricules latéraux. Le ramollissement crémeux du cerveau n'existe que dans les cas d'infiltration séreuse générale, dans l'hydrocéphalie essentielle qui succède à la scarlatine, par exemple.

Les symptômes de cette affection sont fort obscurs. Tous indiquent la maladie du cerveau, mais il n'en est aucun qui spécifie sa nature particulière. Comme on l'a vu dans notre observation, qui est peut-être un type avantageux à consulter, l'enfant a eu pendant quelque temps des convulsions, des frayeurs nocturnes, des réveils en sursaut, des roideurs dans les membres; son caractère était changé; il gémissait sans cesse, poussait des cris aigus, lorsque enfin une convulsion vint mettre un terme à ces accidents.

Ces symptômes se rapportent tout autant aux symptômes des tubercules encéphaliques qu'aux symptômes de l'hydrocéphalie aiguë essentielle. Il serait impossible d'établir un diagnostic motivé sur des considérations ayant quelque valeur. Mieux vaut, avec la plupart des médecins, avouer son impuissance que de chercher à la couvrir par une discussion minutieuse, plutôt nuisible qu'utile.

L'hydrocéphalie aiguë essentielle est une maladie rarement primitive. La plupart des exemples que l'on a publiés se rapportent à des hydrocéphalies consécutives, à la pneumonie, aux tubercules du poumon, comme chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, à la néphrite, à la rougeole, à la scarlatine, etc. M. Barrier a surtout appelé l'attention de ses confrères sur cette dernière variété, qu'il établit sur des observations probantes, commentées avec beaucoup de talent et d'intérêt.

§ II. — De l'hydrocéphalie chronique.

L'hydrocéphalie chronique ne peut être envisagée de la même manière que

l'hydrocéphalie aiguë; elle ne peut, à son exemple, être divisée en l
phalie essentielle et symptomatique.

Cette affection se présente constamment sous la même forme; elle
la dépendance absolue des vices d'organisation ou des lésions accide
l'encéphale et de ses enveloppes.

Elle est donc toujours *symptomatique*.

L'hydrocéphalie chronique se développe quelquefois plusieurs moi
sieurs années après la naissance; mais elle est ordinairement congéni

Causes.

L'*hydrocéphalie acquise* est plus rare que l'hydrocéphalie congéni
causes se rapportent presque toutes aux affections chroniques du cerve
ses enveloppes. L'hémorrhagie méningée joue quelquefois un grand r
la production de cette hydropisie. Le sang épanché dans l'arachnoïde s
dans un kyste, les caillots disparaissent, et une quantité de sérosité
jour plus considérable vient y prendre sa place. L'hydrocéphalie acq
aussi la conséquence de la méningite aiguë passée à l'état chronique,
la phlegmasie a occupé la séreuse des ventricules latéraux; elle résult
méningite granuleuse, de la présence des tubercules encéphaliques, d
nulations fibro-plastiques de la pie-mère, des acéphalocystes cérébrau
phlébite des sinus de la dure-mère, du ramollissement blanc du cerve
que j'en ai observé un exemple très curieux à l'hôpital Sainte-Eugénie
petite fille de deux ans, etc. Dans ces cas, la maladie n'a pas toujours
longue durée. Si la lésion des méninges ou du cerveau est grave par elle
l'hydrocéphalie chronique se termine rapidement par la mort, en o
cortége de symptômes que j'indiquerai plus loin.

Mais si la lésion organique qui détermine l'hydrocéphalie est pe
rente, s'il n'y a qu'une inflammation chronique des méninges ou de la
des ventricules, la maladie se prolonge davantage, et permet aux indi
vivre quelquefois assez longtemps.

L'*hydrocéphalie chronique congénitale* est la variété la plus comm
commence dans le sein de la mère et achève son développement après
sance de l'enfant, si toutefois elle ne le fait point périr dans le travail d
turition, ainsi qu'on l'a vu dans le cas suivant publié par M. Stoltz.

Observation II. — Une fille de trente ans, sourde, goîtreuse et cré
vant misérablement, vient faire ses couches à l'hôpital de Strasbourg, e
Elle avait accouché en 1844, péniblement, mais spontanément au bout
jours de douleurs, d'un enfant qui survécut. Cette fois, elle se croyait
de sept mois; cependant le ventre avait un développement considérable
attribua à une grande quantité d'eau dans l'œuf. Deux mois après, le trav
commencé depuis douze heures, les membranes se rompirent pendant u
traction, et il s'écoula immédiatement une immense quantité d'eau. A
on crut reconnaître, par le toucher, la présentation de la tête. Deux

après, la sage-femme en chef crut sentir, derrière une poche à parois très épaisses, de petites parties du fœtus qui annonçaient une présentation anormale. M. le professeur Stoltz, prié de passer à la salle de travail, reconnut que cette poche à parois épaisses, mais bien tendue pendant la contraction, molle dans les intervalles, était couverte de petites inégalités qui étaient les cheveux. En poussant le doigt explorateur aussi haut que possible pendant l'intervalle de deux douleurs et refoulant la poche aqueuse, il tomba sur des parties solides, qu'à leur conformation et à leurs anfractuosités il reconnut pour être les os du crâne disjoints et mobiles. M. Stoltz crut d'abord le fœtus mort et dans un état de décomposition avancée; mais l'auscultation indiquait des battements redoublés, et le professeur songea alors à l'hydrencéphale. En effet, au bout de quelques instants, des contractions énergiques et fréquentes poussèrent la poche jusque entre les lèvres de la vulve; puis tout à coup cette poche se rompit et lança environ un litre de sérosité. Un instant après, la tête fut dégagée: malgré cette fissure du cuir chevelu, l'enfant vivait. Le cordon était pâle et infiltré; cependant l'enfant commença à respirer, mais incomplétement; il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva les traces d'un spina bifida s'étendant de la septième vertèbre dorsale à la base du sacrum. On reconnut qu'il y avait eu successivement, et par l'effet seul des efforts du travail, rupture du cerveau, perforation des moyens d'union des os, et déchirure du cuir chevelu, suivies de l'épanchement au dehors du liquide et d'une portion de la substance cérébrale; et tout cela sans préjudice immédiat pour la vie du fœtus. De plus, on trouva la cavité gauche de la poitrine *remplie par le canal intestinal*, dont une partie était distendue par du méconium. Le poumon était refoulé à la partie supérieure et avait tout au plus le volume d'une noisette. Le cœur était véritablement *transposé*. Il se trouvait dans la cavité pectorale droite, sa pointe dirigée à droite, sa base appuyée contre la colonne vertébrale. L'ouverture de la cavité abdominale laissa voir un vide considérable. Le foie était normal, l'estomac petit, contracté; le duodénum, après avoir formé sa courbure, disparaissait dans une ouverture du diaphragme. Le côlon en sortait pour suivre son trajet ordinaire à droite. Tout le reste du canal intestinal, les épiploons, le mésentère et la rate étaient renfermés dans le côté gauche du thorax. La matrice était divisée en deux cornes, ayant chacune son ovaire, sa trompe et son ligament rond. Enfin il n'y avait qu'un seul rein et un seul uretère (1).

Les causes de l'hydrocéphalie chronique congénitale se rapportent également aux vices de conformation et aux altérations organiques du cerveau. Que l'arrêt du développement des diverses parties de l'encéphale soit le résultat d'une maladie dont nous ignorons la nature, ou d'un vice du *nisus formativus*, l'hydropisie n'en est pas moins la conséquence, et il est impossible de pénétrer le mystère qui environne son apparition.

En dehors de ces faits importants dans l'étiologie de l'hydrocéphalie, il en est d'autres sur lesquels on a appelé l'attention. Ainsi les écarts d'imagination de la mère, ses impressions morales, ses chagrins, etc., ont été comptés au nombre des causes de cette maladie sans que rien ait justifié la valeur de cette influence. Il faut accorder plus d'importance aux maladies de la mère pendant la gestation, à sa faiblesse naturelle par suite de l'âge ou de maladies antérieures. Ces causes peuvent concourir au développement de l'hydrocéphalie.

(1) *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, t. II, p. 106, 1855.

Il y a des femmes qui ont une funeste prédisposition pour engendrer des monstres de cette espèce. J. Frank rapporte qu'une femme eut sept grossesses, toutes terminées par la naissance d'un hydrocéphale. Gœlis parle d'une autre personne qui accoucha six fois, et eut constamment un enfant mort et atteint de cette maladie.

La compression du ventre par des ceintures ou par un corset trop serré chez des personnes qui veulent dissimuler leur grossesse peut, dit-on, produire cette affection, et l'on s'est appuyé sur ce fait que les enfants hydrocéphales ont plus souvent pour mères des femmes libres que des femmes mariées. Il faut alors ajouter à l'influence de la compression du ventre l'influence des impressions morales pénibles au milieu desquelles vivent les femmes dans cette triste situation.

Parmi les autres causes encore regardées comme susceptibles de concourir au développement de l'hydrocéphalie, il faut citer les habitudes d'ivrognerie du père, les coups sur le ventre de la mère et les chutes pendant la gestation, l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant, la compression de la tête par le forceps ou par les manœuvres d'un travail laborieux, et enfin après la naissance, les secousses immodérées du bercement et la compression de la tête par des bonnets trop serrés.

Quant à l'influence de la scrofule, des vers intestinaux, des affections des voies digestives, des excitants spiritueux donnés aux enfants, etc., il est inutile de s'y arrêter. Ces différentes causes ne me paraissent avoir aucun rapport avec le développement de l'hydrocéphalie.

Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques de l'hydrocéphalie chronique portent sur le crâne et sur le cerveau déformés par l'épanchement de la sérosité.

Le siége de l'épanchement est très variable. Comme l'a indiqué Breschet, la sérosité est située : 1° entre la dure-mère et les os du crâne; 2° entre la dure-mère et l'arachnoïde; 3° dans la cavité de l'arachnoïde à l'extérieur de l'encéphale; 4° dans les ventricules latéraux de l'encéphale; 5° dans le tissu lamineux et vasculaire de la pie-mère dans le ventricule médian.

Le volume de la tête est ordinairement augmenté par suite de l'écartement et de l'élargissement des os du crâne, qui s'aplatissent et s'étendent considérablement en surface pour recouvrir les espaces qui résultent de l'éloignement des sutures. Le crâne acquiert ainsi des dimensions énormes et présente 40 centimètres chez les jeunes enfants, à 90 centimètres de circonférence chez les enfants de dix à douze ans. J. Frank dit avoir vu, dans le musée Cruikshank, la tête d'un hydrocéphale de seize mois. Elle avait 52 pouces de circonférence, ce qui fait environ 154 centimètres.

L'augmentation de volume de la tête est un des caractères anatomiques ordinaires de l'hydrocéphalie; toutefois ce signe peut manquer. J'en ai pu

exemple. Dans plusieurs circonstances, le crâne n'est pas trop déve- il est en rapport avec l'âge du sujet. Gœlis et Gall ont été témoins semblables ; Baron et Breschet en rapportent plusieurs chez des enfants d'hydrocépalie congénitale dont ils n'avaient pas soupçonné l'existence ; était rempli de sérosité et l'encéphale imparfaitement développé, sans tête fût plus volumineuse que de coutume.

grandissement de la tête porte exclusivement sur la voûte du crâne. La conserve les dimensions ordinaires. Il en est de même des os de la face. rapport qui unit ensemble ces parties est troublé ; l'harmonie du visage truite ; il en résulte une physionomie étrange et caractéristique de la ie qui nous occupe.

os du crâne conservent quelquefois leur épaisseur naturelle (Aurivill, Ma- e, Hartell) ; ils sont, le plus souvent, amincis, et deviennent aussi faibles e feuille de papier. Ils sont transparents, flexibles, cèdent facilement sous igts, comme s'ils avaient été dépouillés de leurs parties solides et réduits à éléments organiques. Leur texture est toute spéciale ; la porosité est très e, et ils offrent, autour de chaque point d'ossification, une disposition très facile à reconnaître. Leurs angles sont arrondis ; leurs bords, moins s, sont réunis par des membranes au milieu desquelles on trouve sou- les plaques osseuses, rudiments d'os wormiens destinés à prendre du dé- pement et à combler les sutures si la maladie doit se terminer d'une ma- favorable.

développement du crâne est fort souvent irrégulier. Tantôt la distension exclusivement sur la voûte du crâne, tantôt, au contraire, elle occupe la antérieure ou postérieure, ou enfin les côtés de la tête. Si l'on mesure mètres de cette cavité, on trouve quelquefois de 10 à 15 centimètres férence entre le diamètre fronto-mastoïdien d'un côté et le même dia- pris sur le côté opposé.

multiplicité des altérations de l'encéphale ou de ses enveloppes est telle en faut tracer l'exposition pure et simple sans se préoccuper de leur fré- ce comparative. Les faits connus jusqu'à ce jour sont trop peu nom- pour justifier ce travail.

épanchement occupe : 1° l'intérieur des ventricules ; 2° la grande cavité rachnoïde ; 3° un espace formé entre la dure-mère et le feuillet pariétal rachnoïde ; 4° l'espace entre la dure-mère et les os du crâne ; 5° le tissu pie-mère.

ici un curieux exemple d'hydrocéphalie ventriculaire avec hydrocéphalie au de la pie-mère dû à une *phlébite des veines méningées* et *des sinus dure-mère.*

SERVATION III. — *Hydrocéphalie. — Phlébite des sinus de la dure-mère à e.* — Une enfant de deux ans et demi est apportée le 16 mai au n° 6 de la Sainte-Marguerite de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Cette enfant n'a pas été vaccinée. Elle est à Paris depuis un an. — Elle est née en Allemagne.

Depuis un an elle est toujours malade : elle tousse, elle a de la fièvre, peu d'appétit ; du reste, ni diarrhée ni vomissement.

Cette enfant a une tête un peu grosse ; les fontanelles sont réunies ; les membres offrent les nodosités rachitiques et une mollesse qui permet de courber les os, ce qui est très douloureux. Compression latérale de la poitrine par l'incurvation des côtes.

L'enfant ne parle pas. Elle est prise par moments de rires pour ainsi dire convulsifs, ou de pleurs aussi spasmodiques ; la respiration est libre, la poitrine sonore. On n'entend que quelques râles muqueux. Le ventre est gros, souple, sans tuméfaction des viscères de l'abdomen. Pas de diarrhée.

La peau est décolorée ; les lèvres pâles, le teint mat de la figure indique une profonde altération de la nutrition.

Pendant le mois de mai, cette enfant n'offrit aucun phénomène morbide grave. Dans le décubitus dorsal, indifférente aux choses et aux personnes, voyant et entendant sans paraître comprendre, son silence n'est interrompu que par des cris faibles, continuels, commençant par un spasme diaphragmatique, et une inspiration prolongée et saccadée. Parfois les muscles de la face sont pris de petits mouvements convulsifs, mais pas de convulsions générales.

Un peu de diarrhée, petite toux rare. Râles muqueux dans la poitrine. L'enfant mange des bouillons et potages. On donne des toniques et de l'huile de foie de morue.

Le 3 juin, une conjonctivite d'abord légère se manifeste à l'œil gauche, puis à l'œil droit. Chémosis très développé. Sécrétion puriforme abondante. On lave les yeux avec de l'eau de rose ; le 10 l'inflammation s'étend à la cornée, qui se ramollit et s'infiltre de pus. — Le 14, staphylome de l'iris. La suppuration est extrêmement abondante.

Cette ophthalmie détermine une fièvre assez forte, des douleurs intenses faisant crier l'enfant et lui ôtant l'appétit. La diarrhée est plus forte que les jours précédents.

Le 15 juin, les parties contenues dans le globe de l'œil s'échappent au dehors par les perforations ulcéreuses de la cornée.

Depuis lors, la suppuration est toujours très considérable ; le pus qui s'écoule ulcère la peau du nez, des paupières, des joues et des mains, car l'enfant les porte souvent à sa figure.

On lave les yeux avec de l'eau de rose, puis avec du sous-acétate de plomb. Et l'enfant est prise d'une fièvre hectique avec diarrhée, inappétence, et elle meurt le 8 juillet sans qu'il y ait eu de convulsions ni d'asphyxie.

A l'*autopsie*, les membranes de l'encéphale sont couvertes d'une couche épaisse de 2 centimètres de tissu cellulaire œdématié comme une masse gélatineuse de couleur jaune verdâtre.

Au-dessous de cette enveloppe, le cerveau a une surface extérieure lisse, non ramollie, sans inflammation. Seulement les lobes droits présentent une légère congestion, et les veines méningiennes latérales sont noires, tendues par des caillots sanguins dans leur intérieur ; et le sinus latéral droit, et le sinus pétreux superficiel, près du sinus droit, renferment aussi des caillots rougeâtres et de petites masses de fibrine décolorée. Pas de pus. Les parois n'ont pu être examinées profondément. A gauche, les veines et les sinus ne renferment que du sang fluide en petite quantité.

Les deux veines ophthalmiques ne renferment pas de pareils caillots, ni ecchymose, ni épanchement sanguin.

L'encéphale est sain ; sa substance est ferme et non ramollie au niveau des commissures.

entricules sont très dilatés ; ils ne renferment que de la sérosité incolore ; face interne est lisse.

nerfs optiques, les couches optiques, les tubercules quadrijumeaux sont

'altération à la base de l'encéphale.

quelques circonstances, le liquide renfermé dans les ventricules, les outre mesure au point d'en amincir les parois, et comprime le cer- ntre les parois supérieures du crâne. De la plus ou moins grande quan- panchement dépendent l'aplatissement ou la disparition des circonvolu- rébrales, la distinction facile ou difficile des substance grise et blanche, conservation des parties centrales du cerveau. On conçoit sans peine panchement considérable, situé dans les ventricules, puisse transformer e en une espèce de poche membraneuse où il soit impossible de recon- a texture de la pulpe encéphalique. En voici un exemple observé à l'hô s Enfants et un autre pris dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

VATION IV. — *Hydrocéphalie ventriculaire chronique.* — Un jeune garçon re ans mourut hydrocéphale à l'hôpital des Enfants. Sa tête avait 0,47 nduit auditif à l'autre (circonférence) 0,50 d'une épine nasale à l'occiput, circonférence.

ait conservé l'usage de ses sens jusqu'à une époque très avancée de sa ne fut que peu de jours avant sa mort qu'il perdit l'ouïe, la vue, etc.

était contenue dans les ventricules latéraux dilatés aux dépens des hé res dont la substance avait disparu. Chaque hémisphère se trouvait con une poche dont les parois avaient 1/3 de centimètre d'épaisseur, et pa- nt composées de matière cérébrale grise et blanche. Les circonvolutions aplaties, mais visibles. Les membranes étaient saines, et 2500 grammes de étaient renfermés dans les ventricules dilatés.

la cavité des ventricules on voyait le septième médium qui avait 12 à imètres de haut, car les deux ventricules étaient séparés ; on voyait en- droite, le corps strié, la couche optique, les plexus choroïdiens ; à gauche, a, mais pas de corps strié. La voûte à trois piliers avait presque disparu, vait point d'altération dans ce qui restait de la substance cérébrale.

VATION V. — *Hydrocéphalie ventriculaire chronique et acquise.* — Une le deux ans et demi est apportée dans mon service, le 15 juin au n° 10 lle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

tout renseignement, les parents disent qu'il n'y a qu'un an que la tête ; que, la première année de sa vie, sa tête était normale. L'enfant n'eut convulsions.

n entrée, l'enfant reste dans le décubitus dorsal presque immobile, pou- peine remuer les membres inférieurs œdématiés, et comme paralysés. La lité est partout conservée ; les membres supérieurs ont conservé tous leurs nents. Le thorax est déformé par une faible incurvation rachitique des Le ventre est plat, mou ; la peau sèche.

ête est grosse, 50 centimètres de circonférence, 40 centimètres d'une oreille e oreille. Les fontanelles sont membraneuses, l'antérieure ayant 5 centi- d'étendue transversale, 6 centimètres d'étendue antéro-postérieure. Peu reux.

Le front bombe en avant, et cache presque la figure, qui est petite, les y enfoncés, hagards, sans expression, voyant les objets sans les distinguer, sans reconnaître, les traits ne manifestant ni idée ni sentiment. Pas de paro des cris parfois. La compression de la tête détermine des cris d'impatience.

L'enfant mange seulement quelques petits bouillons ou potages. Elle fait besoins dans son lit.

La poitrine est sonore. La respiration est normale.

L'œdème qui a commencé par les membres inférieurs s'étend aux memb supérieurs.

Le pouls est fréquent et faible.

Une fièvre hectique fait maigrir chaque jour cette malade, dont la peau devi ridée, sèche, terreuse, excepté aux membres où l'anasarque augmente. Ce fièvre ne s'accompagne d'aucun phénomène nerveux.

Le 11 juillet l'enfant, dans un profond marasme, meurt pendant qu'on prend dans les bras pour changer les couches, sans attaque convulsive.

Autopsie. — Un trocart enfoncé dans le cerveau par la fontanelle antérieu laisse écouler environ 600 grammes de sérosité limpide, salée, à réaction neutr puis un peu acide sans précipité par l'acide nitrique et la chaleur.

Les parois crâniennes sont minces, molles.

L'encéphale revenu sur lui-même est très petit par rapport à la boîte crânienne sa surface externe présente des circonvolutions moins profondes. Elle est lisse sans altération des membranes.

L'encéphale coupé au-dessous du corps calleux est formé en grande parti par trois cavités :

A gauche, le ventricule latéral qui a 15 centimètres d'étendue, et 21 s'il est déplissé, dont la paroi interne n'a que $0^m,007$. La séreuse ventriculaire est tapissée de petites granulations blanches comme de petits grains de semoule ; une petite granulation jaunâtre plus grosse sur le bord du ventricule déplissé. Cette granulation et ces taches blanches sont formées de globules graisseux de différentes dimensions. — Pas d'injection inflammatoire.

A droite, le ventricule droit qui n'a que 11 centimètres d'étendue, dont la paroi est plus épaisse, et dont la séreuse est lisse.

Entre ces deux ventricules est le cinquième ventricule dont les parois minces, transparentes, se terminent en culs-de-sac dans les ventricules latéraux. — Cette cavité moyenne comprend-elle le cinquième ventricule ? C'est ce qu'on ne peut dire.

Les commissures sont peu ramollies. Les couches optiques et les corps striés ont conservé leur structure.

Les nerfs optiques, d'abord égaux à leur origine, sont bientôt disparates. Le gauche reste normal ; sa bandelette et les tubercules quadrijumeaux ont leur volume ordinaire. Le droit se continue par une petite bandelette blanche, analogue à la bandelette circulaire des ventricules latéraux et par une masse grise.

Les ventricules quadrijumeaux de ce côté sont moins gros qu'à gauche.

La base de l'encéphale n'est pas altérée, excepté le pédoncule droit, qui est moins gros que le gauche.

Le cervelet n'offre aucune altération.

Le quatrième ventricule n'est pas dilaté.

Les poumons sont libres, crépitants, sans tubercules ; ils offrent seulement un état de congestion lobulaire en plusieurs endroits des lobes inférieurs.

Des caillots sont renfermés dans le cœur. Le foie, la rate ne sont pas altérés.

Le rein droit est un peu plus gros que le gauche ; il est un peu congestionné substance corticale est hypertrophiée.

tube digestif est sain dans toute son étendue.

Ailleurs l'altération porte sur les parties centrales du cerveau. Le corps calleux est quelquefois remonté jusque près du crâne : le septum lucidum déchiré ; les corps striés aplatis ; les couches optiques usées ; les nerfs atrophiés, ramollis, canaliculés, etc.

Chez d'autres enfants, ainsi qu'il résulte de mes observations et de celles de MM. Baron et Breschet, le liquide occupe la cavité arachnoïdienne. Le cerveau n'existe point ou n'existe qu'à l'état rudimentaire. Il est formé par une petite masse informe, molle, grisâtre, placée au-devant de la protubérance annulaire. Cette partie, le cervelet et la moelle sont conservés. Les nerfs sont atrophiés et viennent se rendre au noyau qui remplace l'encéphale. Ailleurs, le siége de l'hydropisie étant le même, il y seulement atrophie du cerveau. Elle est quelquefois plus marquée dans un hémisphère que sur celui du côté opposé, sans qu'il soit possible de rien préciser à cet égard.

En voici un exemple recueilli sur une fille de deux ans morte dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie. L'hydropisie arachnoïdienne était liée à l'atrophie et au ramollissement blanc du cerveau pour la première fois observé chez un enfant de deux ans et demi.

Observation VI. — *Hydrocéphalie arachnoïdienne chronique avec atrophie et ramollissement blanc du cerveau.* — Nique (Marie), âgée de deux ans, entra le 27 février 1856. Le père, affecté de fièvres intermittentes, est mort d'un accident ; la mère est morte des suites de couches ; elle buvait beaucoup. Il y a dans la famille une petite fille de huit ans qui se porte bien.

Marie Nique est vaccinée ; elle a seize dents, bon appétit ; des vomissements très fréquents et pas de diarrhée.

L'enfant tousse depuis cinq semaines environ, et elle a eu la rougeole il y a trois semaines. A ce moment, elle a eu un abcès à la joue et un autre au fondement : une seule convulsion il y a trois semaines.

28 février. *Etat actuel.* — Enfant amaigrie ; peau ridée ; chairs molles ; pas de diarrhée ni de vomissements ; langue blanche ; peu de soif et peu d'appétit.

L'enfant ne tousse plus ; sa poitrine résonne bien, et sa respiration vésiculaire est pure et naturelle.

La peau est excoriée au niveau du fondement ; desquamation sur le siége, les cuisses et sur le ventre, et il y a sur le tronc et sur les jambes des taches brunes d'érythème qui ressemblent à une éruption de rougeole, maladie que l'enfant a eue il y a trois semaines.

Point d'éruption sur le visage ; les yeux, le nez, la bouche sont libres.

Le 29 l'enfant n'a pas eu de diarrhée. Elle a vomi tout ce qu'on lui a donné à manger ; mais les boissons passent bien. L'érythème signalé hier dure encore aujourd'hui.

L'enfant a eu une convulsion qui a duré quelques minutes, et qui était caractérisée par la fixité des yeux, la perte de la vision et la contracture des membres supérieurs. Ce matin, les extrémités sont livides, froides, un peu œdémateuses, et le pouls insensible. La connaissance est entière ; mais de temps à autre il y a des spasmes dans le diaphragme, qui ressemblent à ceux du sanglot, bien que l'enfant ne pleure pas. — Bain de dix minutes.

Le 1er mars, pas de garderobes ni de vomissements ; une convulsion. — Bouillon et lait.

Le 2, pas de garderobes ni de vomissements ; deux convulsions semb! à celle d'hier.

Le 3, une garderobe peu abondante, demi-molle ; pas de convulsions. fant ne vomit pas le lait ni le bouillon.

Le 4, une seule garderobe : pas de convulsions ni de vomissements. — et bouillon.

Le 15, une convulsion ; l'enfant a un peu d'œdème ; la peau présente tou l'érythème chronique déjà indiqué ; il est impossible d'avoir des urines.

L'enfant meurt le 18 mars, au matin.

Autopsie le 19 mars. — Dès que la calotte du crâne a été enlevée, on ap une tumeur uniformément bombée, demi-transparente, formée par du li épanché dans l'arachnoïde et contenu par la dure-mère. Ce liquide est d'un citrin ; il nage dedans quelques débris semblables aux dépôts que nous déc à la surface interne de l'arachnoïde. On peut évaluer ce liquide à 300 gram il précipite assez abondamment par l'acide nitrique, beaucoup moins p chaleur.

L'arachnoïde est tapissée à sa face interne par une pellicule jaunâtre, rou qui y forme presque une couche continue ; du reste, cette pellicule est peu a rente, et s'enlève facilement par le plus simple grattage. Elle existe à la foi le feuillet viscéral et sur le feuillet pariétal.

Les veines qui serpentent à la surface de l'encéphale ne sont oblitérées aucun point ; les sinus de la dure-mère présentent bien un peu de sang à intérieur, mais ce sang n'adhère nullement aux parois veineuses, et se tro encore à l'état liquide.

L'arachnoïde ne présente pas de traces apparentes d'inflammation.

Les ventricules contiennent un peu de liquide, mais sans altération apprécia de leurs parois.

L'encéphale est le siége d'une atrophie générale bien évidente dans toutes parties.

La substance blanche paraît intacte.

La substance grise, à la périphérie, a subi un léger degré de ramollisseme

Toutes les deux sont pâles et affectées d'anémie ; mais ces phénomènes d'ané et en même temps de ramollissement sont surtout prononcés au lobe frontal l'hémisphère gauche, et tout spécialement aux circonvolutions qui accompag le nerf olfactif gauche.

J'ai examiné les parties malades avec M. Ch. Robin à l'aide du microsc et voici ce qui a été observé :

Ramollissement blanc de la substance grise ; elle diffère de la substance g normale par un nombre considérable de corps granuleux, différents de ceu l'inflammation, semblables à ceux du ramollissement sénile.

C'est à cela qu'est due la couleur blanche de la circonvolution subjacente nerf olfactif gauche.

La substance du côté opposé renferme également quelques corps granul mais ils sont rares.

La substance blanche ne renferme ni tubes ni fragments de tubes : elle réduite en gouttes sphériques, semblables à celles des tubes nerveux disso dans le ramollissement cérébral avancé. On y trouve quelques corps granule

La substance blanche du côté opposé est un peu plus molle qu'à l'

tubes se détruisent facilement, et il existe quelques fragments de tu cylindres alors brisés.

lusse membrane est constituée de fibres de tissu cellulaire pâles, finem uses, mélangées d'un grand nombre de noyaux fibro-plastiques.

Les parois du crâne sont un peu épaisses.

Pas de traces de tubercules ni à l'encéphale ni aux poumons.

Les deux poumons présentent des lobules affectés de pneumonie catarrhale; lobules plus nombreux à droite qu'à gauche.

Le foie présente un tissu dense, plus cohérent qu'à l'état normal, assez dur, gorgé de sang. La capsule du foie est évidemment épaissie et plus dense qu'à l'état normal.

La rate est très ferme et très dense; volume normal du reste.

L'intestin grêle présente un peu de rougeur et de tuméfaction des plaques de Peyer, sans ulcérations.

Il y a au sacrum et au niveau du grand trochanter droit des ulcérations recouvertes de croûtes.

Dans l'hydrocéphalie chronique les méninges sont rarement altérées. La dure-mère ne présente pas de modifications importantes. Cependant Breschet a constaté l'absence de la faux cérébrale. L'arachnoïde est légèrement blanchâtre, quelquefois infiltrée de sérosité opaline, ou tapissée par une pellicule rougeâtre, transparente, de nature celluleuse et fibro-plastique, comme dans l'observation qui précède. La pie-mère est fort amincie, ce qui a pu faire croire à sa disparition; mais un examen attentif vient toujours démontrer son existence.

La quantité de sérosité épanchée est fort variable. Depuis les chiffres ordinaires de 200 grammes et 1 livre, elle s'élève à 5 et 10 livres. Quelques auteurs, Aurivill, Buttner, Cruikshank parlent de faits dans lesquels on trouve jusqu'à 18, 20 et même 27 livres de liquide. De tels exemples doivent être fort rares.

La composition chimique de la sérosité renfermée dans le crâne a été le sujet de recherches de plusieurs chimistes fort habiles. Généralement ce liquide ne contient pas ou ne renferme que des traces d'albumine. C'est une exception lorsqu'il en contient une quantité notable. Voici les résultats d'une analyse de Barruel publiée par Breschet. Sur 1000 parties on a trouvé :

Eau	9,900
Albumine	0,015
Osmazome	0,005
Sel marin	0,005
Phosphate de soude	0,005
Carbonate de soude	0,010

Les analyses de Marcet, de Bostock, de Berzelius et de John ne présentent avec celle-ci que des différences peu essentielles.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous mentionnerons les vices de conformation qui accompagnent souvent l'hydrocéphalie congénitale. Ainsi, le bec-de-lièvre, la division du voile du palais, l'ouverture du crâne en arrière, l'hydrorachis, la torsion des pieds et des mains, le développement incomplet des poumons, du cœur et de quelques autres viscères, sont les déformations les plus connues indiquées dans cette circonstance.

Symptômes.

L'hydrocéphalie chronique est impossible à reconnaître tant que le fœtus est renfermé dans le sein de sa mère. On peut tout au plus prévoir l'existence de cette affection lorsque la femme a déjà engendré un ou plusieurs enfants hydrocéphales.

L'augmentation du volume de la tête est le symptôme le plus important de l'*hydrocéphalie chronique congénitale;* c'est aussi le plus facile à vérifier chez les malades. Si la tête n'est pas trop volumineuse au moment de la naissance, l'accouchement se termine sans peine, et la maladie, un instant arrêtée, se développe avec une nouvelle vigueur. Au contraire, si elle a des dimensions très considérables, elle devient un obstacle à la parturition, et l'on est obligé de la broyer avec le céphalotribe. Ce symptôme extérieur révèle également l'hydrocéphalie chronique acquise et développée après la naissance.

Malheureusement il n'existe pas toujours. Comme je l'ai dit, il y a des exemples dans lesquels la tête conserve ses dimensions normales, et même chez certains enfants elle paraît être plus petite que de coutume.

Chez ces malades, la tête est pointue, aplatie sur les côtés et déprimée à la région frontale; les sutures sont ossifiées et les fontanelles fermées dès la naissance, qui est rapidement suivie de la mort.

Le petit nombre de ceux qui échappent, dit Breschet, finit par succomber au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois. Ils sont privés de facultés intellectuelles, et leurs sens sont oblitérés. Ils ne voient point; leurs pupilles sont dilatées et insensibles à l'action de la lumière; leurs yeux sont dans un état d'oscillation continuelle. Ils entendent à peine. La sensibilité existe, mais la motilité est difficile; les mouvements des membres sont presque impossibles; les fonctions s'accomplissent irrégulièrement; les enfants mangent avec avidité, mais ils digèrent mal; leurs déjections sont involontaires. Leur respiration se fait bien, mais s'embarrasse facilement. Leur intelligence est nulle; ils ne s'attachent point aux objets extérieurs; ils ont des convulsions ou du coma lorsqu'on les agite ou lorsqu'on secoue leur tête, et meurent enfin au milieu de ces accidents.

Dans l'hydrocéphalie congénitale, avec augmentation de volume de la tête, il y a aussi déformation de cette partie. Jamais ces modifications ne sont bien considérables au moment de la naissance; elles se manifestent dans les mois qui la suivent et alors la difformité de la tête ressemble à celle de l'hydrocéphalie chronique et acquise.

L'*hydrocéphalie chronique acquise* succède souvent à des phlegmasies aiguës du cerveau ou des méninges, à des tumeurs cérébrales, au ramollissement blanc du cerveau, à des attaques d'éclampsie accompagnées de contracture, et au début elle est impossible à reconnaître. Ou bien le crâne conserve ses dimensions ordinaires et alors tout diagnostic est incertain; ou bien, au con-

traire la tête augmente de volume, le crâne se développe en disproportion de la face qui reste petite et de forme triangulaire. Cette ampliation ne se fait que par degrés et d'une manière très lente.

Les dimensions du crâne augmentent peu à peu au moyen de l'écartement des sutures et par la projection en dehors du bord supérieur du coronal, de l'occipital et des pariétaux. Le front, ou l'occiput, ou les côtés du crâne proéminent d'une façon assez souvent irrégulière. Il en résulte une modification importante de cette partie, qui perd ses proportions, et ne se trouve plus en harmonie avec la face, dont les dimensions restent les mêmes. C'est une véritable difformité dont on ne peut perdre le souvenir après l'avoir une seule fois rencontrée. La tête est molle, et on sent la fluctuation entre les sutures. M. Fisher dit que l'auscultation fait entendre un bruit de souffle très prononcé dans la fontanelle antérieure, mais je n'ai pu encore m'assurer de la réalité de cette assertion, car ce souffle s'observe chez des enfants bien portants.

Les sens se développent difficilement et sont exposés à de fréquentes aberrations.

Les yeux oscillent sans cesse; les pupilles sont fort dilatées et peu contractiles; l'impression de la lumière est souvent douloureuse; la vue est faible et se perd graduellement.

L'odorat est souvent aboli, et quand il existe, il s'exerce souvent à faux. Ainsi les enfants arrivés à un âge où ils peuvent rendre compte de leurs sensations se plaignent d'odeurs désagréables, qui ne frappent point ceux qui les entourent.

L'ouïe, très délicate dans les premiers mois de l'existence, devient graduellement plus obscure et disparaît entièrement.

L'intelligence se développe avec peine. Cependant tous les actes qui se rapportent à l'instinct de conservation individuelle paraissent s'exercer convenablement. L'enfant, encore tout jeune, s'habitue à sa nourrice, et la reconnaît. Il goûte et sait fort bien repousser les aliments qui lui déplaisent par leur mauvaise qualité.

Au reste, ces modifications sont en rapport avec la durée et l'intensité de la maladie. L'intelligence est quelquefois nulle chez des enfants qui dès lors n'ont pas de mémoire et n'ont pu apprendre à parler. Chez d'autres, la parole est lente, nasillarde; ils oublient les mots, et les cherchent longtemps au moment de les prononcer. Les mouvements volontaires se développent avec peine; les membres s'agitent, et sont en général impuissants pour soutenir le corps et le maintenir en équilibre. La position assise est possible au début des accidents; mais elle devient bientôt l'occasion de phénomènes nerveux graves. La compression du liquide sur les nerfs de la base du crâne en est la cause. Elle détermine des douleurs de tête, des vertiges, des nausées ou des convulsions. Il faut alors placer les enfants sur le dos ou sur les côtés, la tête reposée sur un coussin.

Chez les enfants hydrocéphales qui peuvent se tenir debout, la marche est

incertaine et chancelante ; leurs pieds s'écartent peu et cherchent sur le une place convenable pour assurer les conditions d'équilibre de leur corps.

Les fonctions animales sont sujettes aux mêmes troubles que les fonctio de la vie de relation, selon le degré des altérations anatomiques de l'hydroc phale. La digestion se fait ordinairement bien ; mais il y a de temps à autre d vomissements, et presque toujours il y a de la constipation. A la fin de la m ladie, les déjections alvines sont involontaires ; la respiration n'est jamais vi lemment troublée, elle est surtout irrégulière, et s'accompagne d'une violen dyspnée aux approches d'une terminaison fâcheuse.

La régularité des battements de cœur indique qu'il n'y a pas de gêne dans l mouvements de cet organe. Le pouls est normal ; dans quelques circonstance au milieu des accidents nerveux que présentent les enfants, il devient pet serré, parfois intermittent, et reste ainsi dans les derniers moments de l'exi tence. Fisher (de Boston) qui a découvert *les bruits de souffle encéphalique* a d que l'oreille appliquée sur la fontanelle antérieure pouvait entendre un bru de souffle très marqué, et il en fait un signe diagnostique de la maladie. Ce n'e pas l'avis de M. Rilliet, qui prétend au contraire que ce bruit manque chez l hydrocéphales, tandis qu'il existe au contraire dans d'autres circonstances, en particulier chez les rachitiques. M. Rilliet a tort. Comme l'a établi M. Wird gen le bruit de souffle encéphalique existe à l'état normal, sur un gra nombre d'enfants sains et vigoureux. Il l'a rencontré vingt-deux fois sur ci quante-deux enfants, dont quatre seulement étaient malades, par conséque ce bruit n'a aucune signification absolue pour le diagnostic. On en a fait ég lement avec beaucoup de légèreté et faute d'observations comparatives *signe d'anémie*. Toutes ces assertions sont fausses. Le bruit de souffle de fontanelle antérieure que j'ai entendu bien des fois, n'appartient pas plu l'hydrocéphalie qu'au rachitisme ou à l'anémie. C'est un bruit qui peut exis à l'état normal et qui dépend de la rapidité du cours du sang et de la forte p sion du cœur. Il est intermittent et suit la systole cardiaque en coïncid avec la diastole artérielle. Il se passe dans le sinus veineux longitudinal. C'es résultat de l'entrée du sang artériel dans le sinus, c'est-à-dire du passage de colonne sanguine d'un endroit rétréci comme les artères dans la grande ca du sinus longitudinal. Il se produit là ce que les physiciens appellent une ve *fluide* dont les vibrations donnent lieu à un souffle, et c'est ce qui fait que bruit existe chez la plupart des enfants, tant que les fontanelles sont larg que les parois du crâne ne se sont ni épaissies, ni rapprochées, et que la t sion du cœur est très considérable.

Les enfants hydrocéphales ont souvent des accidents nerveux qui dép dent de la compression du cerveau par la sérosité épanchée. La céphalal les vertiges, les vomissements, dont se plaignent quelques sujets, doivent rapportés à cette cause. Il en est de même des convulsions qui s'obser dans cette maladie à propos d'un mouvement de colère ou de dépit. Ainsi l peut à volonté provoquer cet accident par l'agitation ou par la compres

légère de la tête des enfants. Il est alors suivi d'un coma plus ou moins profond.

Marche, terminaisons.

L'hydrocéphalie congénitale chronique entraîne assez ordinairement la mort des enfants peu après leur naissance. Quelques-uns résistent et végètent pendant plusieurs années. J. Frank rapporte, d'après les auteurs, divers exemples d'hydrocéphales qui ont vécu jusqu'à dix-huit, vingt-cinq, trente, quarante-cinq, et même cinquante-quatre ans, dans cette triste position. J'en ai vu un cas chez un enfant qui vivait encore à onze ans. Une fièvre cérébrale, à l'âge de trois ans, avait amené le développement de la tête à 62 centimètres de circonférence, et l'enfant, atteint de strabisme, avait d'ailleurs une intelligence ordinaire.

Cette prolongation de la vie dépend uniquement du peu d'étendue des altérations du cerveau et de la faible quantité de sérosité épanchée. Il y a des malades chez lesquels la formation du liquide est assez lente pour ne point gêner d'abord la liberté des mouvements; ils s'affaiblissent peu à peu avant de tomber dans l'état convulsif. Chez d'autres, elle est très rapide, et occasionne des troubles sensoriaux et musculaires, tels que les vertiges, les convulsions, la somnolence, le coma et la paralysie des membres, phénomènes précurseurs de la mort.

L'hydrocéphalie bien confirmée est au-dessus des ressources de l'art; cependant on rapporte des exemples de guérison spontanée par évacuation naturelle du liquide au dehors, à travers les narines. M. Sedwick a rapporté l'histoire d'un jeune hydrocéphale guéri de cette manière.

Observation VII. — Il s'agit d'un enfant de deux ans, issu d'une mère scrofuleuse, et sujet à des dérangements intestinaux. Des symptômes d'hydrocéphalie chronique se déclarèrent. Au bout de cinq semaines le coma était imminent, la pupille presque inaccessible à la lumière, le volume de la tête avait beaucoup augmenté, quand tout à coup il se déclara une grande amélioration. On constata alors qu'il était sorti par les narines un liquide clair, en telle quantité, que l'oreiller était mouillé dans une grande étendue. L'écoulement continua de la même manière pendant vingt-quatre heures, après quoi il commença à diminuer; mais il ne s'arrêta qu'au bout de plusieurs jours. En même temps les symptômes cérébraux s'amendèrent rapidement, et la santé se rétablit.

Un an plus tard, l'affection se reproduisit, avec de la dilatation des pupilles, coma, etc. Cette rechute était déjà de plusieurs semaines, la mort semblait imminente, quand il se fit encore par les narines un écoulement abondant de liquide, après lequel tous les accidents cérébraux disparurent. L'enfant fut mis à l'huile de foie de morue, et paraît maintenant tout à fait guéri; on ne dit pas ce qu'est devenu le volume de la tête.

Pour qu'une semblable guérison s'opère, il faut que la quantité de liquide épanché soit fort peu considérable, et qu'il n'y ait point de lésion organique grave du cerveau semblable à celles dont nous avons parlé.

Traitement.

L'hydrocéphalie chronique doit être combattue à l'aide de moyens capables d'empêcher la formation d'une nouvelle quantité de liquide et destinés à favoriser la résorption de celui qui est épanché.

Pour arriver à ce double but, l'on a successivement employé la digitale sous toutes les formes; l'oxymel scillitique, le nitrate de potasse et tous les diurétiques; les purgatifs, et en particulier le calomel, de manière à provoquer trois ou quatre selles par jour; les frictions mercurielles sur le cou et principalement sur la tête, etc.

Les applications topiques astringentes sur la tête, telles que les compresses imbibées de vinaigre scillitique, de vin aromatique (van Swieten), ou par des huiles essentielles, éthérées ou camphrées; les emplâtres de savon uni au camphre sont fort utiles dans cette maladie, au moins pour procurer du soulagement au malade.

Dans le cas où l'on observe des phénomènes de congestion ou de fluxion vers la tête, il faut appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées à la nuque. Pour prévenir le retour de ces accidents, l'on peut à la même région, placer un vésicatoire à demeure ou un séton, que l'on excitera fortement avec de la pommade épispastique.

Si l'on veut agir directement sur la tête, on devra employer les larges vésicatoires volants souvent répétés, et, dans quelques circonstances, les cautères. Toutefois le premier de ces moyens est préférable au second.

La compression du crâne a été souvent mise en usage. Il faut la faire légèrement d'abord et très méthodiquement à l'aide d'un bonnet de cuir, ou plutôt avec des bandelettes de diachylon gommé. Ce moyen n'a d'efficacité qu'autant qu'il est employé pendant longtemps. Il peut devenir fort dangereux, si l'on n'apporte quelque réserve dans son usage. Il amène souvent une diminution notable dans les dimensions de la tête, et l'on peut ainsi espérer ralentir la marche de la maladie.

Dans plusieurs cas d'hydrocéphalie subaiguë non douteuse, alors qu'on ne pouvait contester la présence d'une grande effusion séreuse dans les ventricules, les malades ont été guéris par de hautes doses d'iodure de potassium. J'ai déjà parlé de cette médication à propos de la méningite granuleuse :

Iodure de potassium.....	4 gram. à 8 gram.	
Eau distillée.....	400	—
Sirop capillaire	50	—

Toutes les heures on donne une cuillerée à bouche de cette solution aux enfants.

Quelques auteurs ont conseillé de faire la ponction du crâne, afin de donner issue au liquide cérébral. Cette opération, proposée par Hippocrate, Celse,

, Lecat, Astley Cooper, et blâmée par beaucoup de chirurgiens célè-
été pratiquée, dans ce siècle, chez nous, par Dupuytren, Breschet,
un grand nombre de médecins. Elle a été, dans le passé, constamment
de résultats défavorables. La mort en a toujours été la conséquence.
se conçoit, dès qu'on réfléchit à la fréquence et à la gravité des
ions anatomiques du cerveau des hydrocéphales. Ainsi j'ai lu (1) l'ob-
ion d'une hydrocéphalie ventriculaire dans laquelle six ponctions ont
tes, un séton placé dans les membranes du cerveau, et où il y a eu mé-
e suivie de mort. Dans deux autres observations du même genre (2) la
a été la conséquence des tentatives hasardées du médecin. La première
lative à une hydrocéphalie externe, c'est-à-dire à un épanchement de
ité arachnoïdienne :

ERVATION VIII. — Un enfant de sept mois, dont la tête était très grosse,
ésenté à M. Grantham. On avait employé la compression et les contre-irri-
, afin de diminuer le volume de la tête et de provoquer l'absorption. Cela
utile. M. Grantham pratiqua d'abord des ponctions fréquentes, ne tirant
lus d'une ou deux onces de liquide dans chaque opération.
rès sept ponctions, voyant que le liquide se reformait chaque fois et que la
e diminuait pas de volume, l'auteur introduisit un séton sur le côté gauche
nus longitudinal pour obtenir un écoulement graduel du liquide et pour ex-
aussi l'inflammation de l'arachnoïde ; ce qu'il obtint en effet : le liquide cessa
former ; la tête sembla diminuer de volume et les os du crâne parurent se
rocher. Il retira alors le séton, et, bien que la tête fût encore bien plus grosse
l'état normal, il espérait cependant, s'il ne survenait pas de convulsions,
l'enfant pourrait être guéri, en supposant vraie la première opinion qu'il
t formée, c'est-à-dire qu'il eût affaire à un cas d'hydrocéphale externe.
deuxième jour, après avoir retiré le séton, des spasmes se déclarèrent
les pieds et dans les mains ; la face se décolora, l'enfant dépérit ; des con-
ons survinrent, et le troisième jour l'enfant mourut.
'autopsie, il n'existait plus de liquide dans la membrane arachnoïde ; la
ère était privée de sang, le cerveau et le cervelet étaient complétement
hiés, les ventricules latéraux remplis d'un liquide pâle.

ERVATION IX. — Dans cette observation semblable à la précédente, le li-
se renouvelant toujours malgré les ponctions, M. Brown introduisit un
à travers les membranes du cerveau. Au bout de trente-six heures, trem-
nt de muscles et menace des convulsions. Au bout de quarante-huit heures,
nt refusant la nourriture et la stupeur se déclarant, on retire le séton. Tous
mptômes cessèrent ; la tête avait diminué beaucoup de volume et resta
pendant quelques jours.
se flattait d'obtenir la guérison, mais deux ou trois jours après des signes
ts de sécrétion nouvelle se manifestèrent, et douze jours après on ponc-
la tête pour la dernière fois. L'enfant mourut.
'autopsie, on reconnut que le liquide existait dans les ventricules du cer-
L'auteur pense que, s'il eût existé seulement dans les membranes du cer-
les chances de succès auraient été bien plus grandes.

Gazette médicale, 18 août 1855.
Gazette des hôpitaux.

Il serait peut-être beaucoup plus sage de bannir ces opérations de la tique, mais tous les jours on fait de nouvelles tentatives pour arriver à un sultat favorable.

M. Schoepf Méréi a pratiqué sept fois la ponction de la cavité hydrocép lique, et cela sans nul inconvénient, dans des cas où l'épanchement s'était après des symptômes de courte durée, chez des enfants dont les *sutures niennes étaient encore ouvertes*, qui étaient âgés de trois à six mois, et chez l quels enfin, nonobstant une grande quantité de liquide, il n'y avait point symptômes de collapsus ou de ramollissement cérébral. Il réitéra une ou pl sieurs fois la ponction chez les mêmes enfants, leur donnant à l'intérieu de l'iodure de potassium ou de l'huile de foie de morue, à l'extérieur d douches froides sur la tête et maintenant le crâne modérément serré par u bandage.

M. Schoepf Méréi dit avoir ainsi sauvé deux de ses malades. Il est probable que ce sont là des guérisons de hasard qu'un médecin ne saurait prévoi d'avance, et qui résultent sans doute de ce que l'hydrocéphalie n'était point compliquée chez ces enfants d'une lésion grave de la substance cérébrale.

Le procédé opératoire consiste en une ponction à l'aide d'un long et mince trocart, en haut de la partie latérale du cerveau correspondant au ventri- cule latéral. On enfonce jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans la cavité de ce ven tricule. Il sort quelquefois une livre et demie de liquide par la canule.

Un médecin plus hardi, M. Brainard, a combiné l'injection iodée a ponction du crâne, et dans le cas que nous rapportons ici, si l'enfant succombé, c'est au moins autant par le fait de la maladie que par celui d l'opération.

M. Brainard a conseillé l'emploi de la solution aqueuse d'iode que voici 2 milligrammes d'iode et 5 milligrammes d'iodure de potassium pu 30 grammes d'eau distillée. Il augmente progressivement la dose s'il n'y a pa de réaction inflammatoire après l'opération première.

L'enfant avait quatre semaines; la tête était énorme. Le traitement d sept mois. Dans cet intervalle, vingt et une injections furent faites contr ensemble 6,25 grammes d'iode et 18,35 grammes d'iodure de potassium. première injection contenait 3 milligrammes d'iode et 6 milligrammes d'iod de potassium. La plus forte injection contenait 60 centigrammes d'iod 1,80 d'iodure de potassium.

Dans les premières opérations, M. Brainard ne retira que 2 grammes sérosité, qu'il remplaça par la même quantité de liquide iodé. Dans les derniè il retira de 180 à 360 grammes de sérosité, et injecta 30 grammes liquide.

A part la réaction, qui commençait douze à vingt-quatre heures après l'op ration, et durait de quarante-huit à soixante-douze heures, il n'y eut pa d'accidents. L'iode était rapidement éliminé par toutes les sécrétions, et on n'e retrouvait jamais de traces dans la sérosité encéphalique. Le volume de la tê

diminuait pendant quelques jours, à la suite de l'opération, puis revenait à ce qu'il était auparavant.

L'enfant mourut avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de cette maladie : l'engourdissement et la somnolence.

Le cerveau contenait 1,200 grammes de sérosité.

L'innocuité des injections faites par M. Brainard démontre qu'on pouvait les faire plus fortes et plus abondantes. Ce fait, malgré l'insuccès du traitement, nous vaudra certainement de nouvelles tentatives dans cette voie périlleuse, où il ne paraît difficile d'obtenir de bons résultats. En voici une suivie de succès, du moins au trente-huitième jour de l'opération. Elle appartient au docteur Tournesko (de Bucharest) :

Observation X. — « George Borné, né à Cingourani (village) n'avait, lors de l'opération, que deux mois à peine, et sa tête me donna 56 centimètres 1/2 de circonférence. A la première ponction, je n'ai laissé écouler que 11 onces de sérosité ; vingt-quatre heures plus tard le liquide remplissait complétement le crâne. Une nouvelle ponction fut pratiquée le surlendemain ; cette fois, j'ai tiré tout ce que j'ai pu de liquide de la cavité crânienne, c'est-à-dire 24 onces de sérosité, et immédiatement après j'ai fait une injection de teinture d'iode. L'enfant pâlit et poussa plusieurs cris.

» Les jours suivants, il eut de la fièvre et une constipation contre laquelle je n'ai prescrit que le calomel. Dix jours plus tard la fièvre cessa ; et le vingt-troisième jour après l'injection iodée, l'enfant fut présenté par sa mère à MM. le docteur Arsakie, éphore des hôpitaux civils de la principauté de Valachie, et le proto-médecin Goussy. Sa tête mesurée ne donna que 44 centimètres de circonférence, état normal à peu de chose près, puisque la tête des enfants du même âge, bien conformés, oscille, d'après mes propres mensurations, entre 41 et 43 centimètres. Quinze jours après cet examen, la tête me donna la même périphérie, et l'enfant, sauf une légère bronchite, jouit d'une santé parfaite.

» Voici maintenant quelques détails relatifs à la ponction ainsi, qu'à l'injection iodée.

» 1° Le trocart dont je me suis servi était d'un très gros calibre.

» 2° Je l'ai introduit à une profondeur de 5 centimètres et demi.

» 3° J'ai ponctionné la partie latérale de la suture fronto-pariétale, comme le point le plus rapproché des ventricules.

» 4° La direction de ma ponction a fait un angle de 45 degrés avec l'horizon.

» 5° Le liquide injecté était ainsi composé : teinture d'iode, 3 gros (12 gram.) ; eau distillée, 6 gros (24 grammes). J'ai injecté le tout, et je n'ai retiré que la huitième partie, après avoir remué en différents sens la tête de l'enfant. »

Au moment des accidents nerveux et des convulsions qui paraissent chez les enfants atteints d'hydrocéphalie, il faut mettre en usage les agents thérapeutiques dont nous avons parlé dans l'article consacré aux convulsions.

CHAPITRE XXIII.

DES TUMEURS SÉREUSES DU CRANE.

On trouve quelquefois à la surface du crâne des jeunes enfants des tumeurs molles, réductibles par la pression, qui se rattachent de loin à l'hydrocéphalie

chronique et dont il est important de connaître la nature, la marche et le traitement.

Ces tumeurs, plus ou moins grosses, varient du volume d'une petite noix au volume d'un œuf. Indolentes, elles sont recouvertes par la peau saine, et une pression lente et prolongée amène leur réduction sans produire de phénomènes convulsifs ; lorsqu'elles sont réduites, on sent à leur base une petite ouverture osseuse.

Elles sont formées par un amas de sérosité dans un cul-de-sac des membranes cérébrales à travers les os du crâne, c'est en quelque sorte un diverticulum de l'arachnoïde, et le liquide qu'elles renferment rentre dans le crâne par la pression, sans qu'il y ait réellement d'hydrocéphalie. C'est la sérosité normale de l'arachnoïde qui sort ainsi par une ouverture accidentelle.

Ces tumeurs finissent souvent par devenir irréductibles ; leur cavité cesse de communiquer avec l'intérieur du crâne par un mécanisme analogue à celui qui isole la tunique vaginale du péritoine. L'ouverture osseuse s'oblitère également et la tumeur indépendante ne tient plus que par un pédicule très étroit dans lequel on trouve quelquefois les traces de l'ancien canal.

Ce sont des tumeurs qu'il serait imprudent d'ouvrir, et qu'il faut savoir respecter. Elles doivent être traitées par des applications astringentes et résolutives.

CHAPITRE XXIV.

DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CONGÉNITALE.

Si les hémorrhagies du cerveau sont rares chez les nouveau-nés, elles sont encore plus rares chez le fœtus dans le sein de sa mère. Il y a très peu d'exemples d'hémorrhagie cérébrale congénitale, et celui du docteur Gibb mérite d'être rapporté :

Observation. — « Une femme enceinte ayant reçu un coup violent dans la région abdominale, donna, trois mois après, naissance à un enfant mort-né qui avait, du côté gauche, les doigts et le coude, les orteils et le genou tellement roidis dans la flexion, qu'on ne put étendre ces jointures sans rompre les tendons. L'autre côté n'offrait rien de pareil. L'accoucheur, M. Gibb, examina le cerveau, et trouva un caillot ancien dans l'hémisphère droit, au-dessus du ventricule latéral. Le pariétal correspondant avait sa surface dénudée et était le siége d'une ecchymose étendue (1).

C'est là un fait extrêmement curieux, tant sous le rapport de sa cause que sous celui des lésions qu'il fait connaître. La contracture hémiplégique gauche consécutive à cette hémorrhagie cérébrale droite est très importante à signaler comme exception à ce que l'on observe habituellement dans les foyers apoplectiques du cerveau. Il est fâcheux qu'il n'y ait pas plus de détails sur les lésions anatomiques de cette hémorrhagie.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 17 février 1859.

CHAPITRE XXV.

DE L'APOPLEXIE DES NOUVEAU-NÉS.

Il y a chez les enfants à la mamelle plusieurs maladies que l'on peut décrire sous le nom d'apoplexie cérébrale. Ainsi l'état apoplectique des nouveau-nés, espèce de congestion cérébrale passive qui vient les frapper au moment de la naissance, les hémorrhagies des méninges ou du cerveau pendant l'allaitement, doivent être rangés sous cette dénomination.

Il faut cependant bien distinguer ces états morbides qui n'ont rien de commun et qui se développent dans des circonstances spéciales et à des âges différents.

L'état apoplectique des nouveau-nés se manifeste au moment même de la naissance, sous l'influence d'une parturition difficile ou d'une position vicieuse du fœtus : c'est ce que l'on appelle la mort apparente des nouveau-nés. Nous avons fait connaître tout ce qui a rapport à ce sujet dans notre chapitre consacré à l'asphyxie.

L'apoplexie cérébrale et l'apoplexie méningée se développent à un âge plus avancé et sous l'influence de causes qui nous sont encore inconnues.

L'une est caractérisée par une congestion vive de l'encéphale, sans hémorrhagie intérieure et sans foyer sanguin de ses enveloppes.

L'autre n'existe qu'à la condition de l'hémorrhagie cérébrale, ventriculaire ou méningée.

Il faut donc décrire isolément l'état apoplectique des nouveau-nés et l'hémorrhagie des méninges ou du cerveau.

État apoplectique ou congestion cérébrale des nouveau-nés.

L'apoplexie des nouveau-nés est décrite avec l'asphyxie par MM. Dubois, Cazeaux, et par tous les accoucheurs sous le nom de mort apparente ou d'état apoplectique ou apoplectiforme. Nous l'avons fait connaître dans le chapitre consacré à l'asphyxie et auquel nous croyons devoir renvoyer pour plus de détails.

Les enfants ont la peau, et particulièrement celle du visage et de la tête, toute cyanosée, d'un rouge livide, couverte de taches bleues. Les lèvres sont violettes et pendantes, les yeux fermés, les battements du cœur faibles, et la respiration ne peut s'établir.

Si cet état se prolonge, la mort en est la conséquence. Quand, par les résultats des soins que l'on prodigue, les mouvements de la respiration s'établissent, on voit la coloration livide de la peau disparaître. Elle est remplacée par une teinte rose d'abord manifeste sur les lèvres et sur la face, avant de devenir générale. Le cœur bat avec *plus de force* ; ses mouvements se régu-

larisent et donnent plus d'action aux forces respiratoires; désormais est sauve si une rechute causée par les cris de l'enfant ne vient ren la congestion cérébrale et interrompre de nouveau l'action du cœur poumons.

Lorsque les enfants succombent, on trouve les méninges très for congestionnées et les vaisseaux de la pie-mère énormément distendus. quelquefois du sang épanché dans ces membranes. Le cerveau paraît tant l'infiltration de son parenchyme par le sang est grande. Si l'on co organe, les surfaces opposées se couvrent d'une multitude de gouttele sang qui se réunissent bientôt pour former des gouttes plus larges.

Il n'y a point de déchirures du tissu ni de foyer apoplectique bien minés.

Toutes les parties molles de la tête sont gorgées de sang. Dans les v il n'y a que les poumons qui présentent cette altération à un degré pr

L'état apoplectique ou asphyxie apoplectiforme des nouveau-nés s' dans les cas de parturition laborieuse, lorsque la tête du fœtus est resté temps engagée dans le bassin, et dans une flexion considérable relativem reste du corps; dans les cas d'entortillement du cordon autour du c moment de sa compression par la tête dans le passage; enfin, dans le il y aurait interruption de la circulation placentaire, comme cela peut a dans le travail lorsque le placenta est implanté sur le col de l'utérus.

L'état apoplectique est fort grave s'il dure longtemps. La vie ne tar à s'éteindre. Cela se conçoit, puisque la compression cérébrale produi la congestion sanguine occasionne la paralysie du cœur et des muscles respiration.

L'état apoplectique des nouveau-nés doit être rapproché d'une forme culière d'asphyxie que l'on observe au moment de la naissance. Ces deu diffèrent l'un de l'autre par la forme extérieure, et ne sont au fond q variétés de l'asphyxie. Il me paraît convenable de les désigner sous les d'asphyxie apoplectique et d'asphyxie ordinaire.

Dans l'asphyxie ordinaire des nouveau-nés, l'enfant est pâle, ses lèvr pendantes et décolorées, sa peau est blafarde, les membres sont immobi battements du cœur sont presque nuls, et il n'y a point de respiration rente; la faiblesse est extrême, l'anémie générale, et la vie ne peut se fester, puisque le sang, qui en est la source, n'a point les qualités vivi nécessaires pour communiquer au cerveau l'excitation provocatrice de la impulsion du cœur et du premier mouvement respiratoire.

La vie, au contraire, s'éteint chez les enfants apoplectiques, non pl défaut, mais par surcroît d'excitation de l'encéphale. Elle est comprimé essor par la violente congestion sanguine du cerveau, dont les effor aralysés.

Il faut, pour remédier à l'état apoplectique des nouveau-nés et mett is des conditions favorables à la manifestation de son existence

cesser la compression du cerveau et l'engorgement des poumons. On laisse le cordon ombilical sans ligature de manière à permettre l'écoulement d'une certaine quantité de sang, et au besoin on favorise cette évacuation en mettant l'enfant dans l'eau tiède. Si, malgré ces précautions, le sang coule avec peine, si l'on ne peut en retirer une ou deux cuillerées, il devient nécessaire d'appliquer une sangsue derrière chaque oreille pour arrêter le sang au bout d'un quart d'heure avec le perchlorure de fer.

Dans cette affection, on met souvent en usage les divers excitants extérieurs qui peuvent lutter avec avantage contre la torpeur des enfants. Ainsi les applications de linge chauffé, l'exposition à un feu clair, les bains tièdes et aromatisés stimulent convenablement la peau. Les frictions sèches et aromatiques, la flagellation des fesses, les frictions sur la poitrine concourent au même but et peuvent faciliter l'établissement de la circulation et de la respiration.

Il faut employer également les agents capables d'exciter les nerfs respirateurs. Les insufflations sur le visage avec l'eau vinaigrée et avec l'eau-de-vie, l'excitation de la muqueuse nasale par le vinaigre, l'éther et l'ammoniaque, la projection dans les narines d'une petite quantité de fumée de papier, tous ces moyens réussissent quelquefois à provoquer des efforts qui amènent l'enfant à faire un mouvement respiratoire.

On a aussi conseillé de pratiquer l'insufflation pulmonaire. Cette opération, quoique fort utile, doit être faite avec une certaine réserve. Il n'y a pas d'inconvénient à souffler dans la bouche des enfants, après leur avoir fermé les narines, en leur comprimant et relâchant alternativement les parois thoraciques.

Il pourrait y en avoir, si, prenant le tube laryngien, et dans le but d'envoyer un air plus épuré dans le poumon, on voulait pratiquer cette insufflation avec un soufflet. Pour remédier à un accident déjà fort grave, on en détermine un autre qui est l'emphysème des poumons.

Le galvanisme, proposé dans cette circonstance, n'a jamais été suivi de succès bien éclatants. Des aiguilles doivent être placées dans les muscles inspirateurs et surtout dans le diaphragme, qui est le plus puissant de tous. On les met ensuite en contact avec les deux pôles d'une pile médiocrement chargée. Cette excitation suffit chez quelques enfants pour établir la respiration.

Il faut mettre, dans le traitement de l'état apoplectique des nouveau-nés, de grande persévérance, et continuer longtemps l'emploi des moyens qu'on a déclarés convenables. C'est après de nombreuses tentatives qu'on arrive à un résultat favorable qui semblait d'abord inespéré. Au reste, comme je dois traiter ce sujet avec plus de détails dans le paragraphe consacré à l'asphyxie des nouveau-nés, je m'abstiendrai de le développer ici.

CHAPITRE XXVI.

DE L'HÉMORRHAGIE DES MÉNINGES, OU APOPLEXIE MÉNINGÉE.

On donne le nom d'*apoplexie méningée* à l'épanchement de sang qui s forme sur l'une ou l'autre face des membranes qui enveloppent le cerveau.

Cette maladie est plus commune chez les enfants que chez les adultes et l vieillards. On l'observe surtout chez les nouveau-nés, et plus rarement pe dant les premières années de la vie : c'est du moins ce qui paraît résulter d intéressantes recherches de Dugès, de M. Cruveilhier et de mon collèg M. Legendre.

Causes.

L'apoplexie méningée succède souvent à la parturition et à l'état de mor apparente. Elle se manifeste souvent sans cause appréciable. Elle apparaît quelquefois après une violente congestion cérébrale, occasionnée par un acc de colère, par l'insolation, etc. On la rencontre aussi bien en été qu'en hiver. Chez les enfants, le jeune âge paraît être une prédisposition à son développement. Ainsi presque tous les exemples de cette maladie ont été recueillis chez des enfants nouveau-nés ou de un à trois ans. Aucun des malades cités par M. Legendre n'avait dépassé cette période de l'existence.

Lésions anatomiques.

L'hémorrhagie méningée se forme presque toujours dans la grande cavité de l'arachnoïde ; très rarement hors de cette séreuse, soit du côté de la pie-mère, soit du côté de la dure-mère, si ce n'est dans les cas de fracture du crâne. Elle s'observe dans l'arachnoïde qui tapisse les ventricules ; mais c'est ordinairement à la surface des hémisphères qu'elle existe. L'hémorrhagie couvre toujours les deux hémisphères. Il y a peu d'exceptions à cette règle.

Le sang épanché se présente avec des caractères fort différents suivant l'âge de la maladie. Au début, le sang est fluide ; mais, vers le quatrième ou cinquième jour, il se coagule, la sérosité disparaît peu à peu, et il reste des caillots plus ou moins épais qui contractent des adhérences avec le feuillet séreux pariétal et qui subissent ultérieurement des transformations importantes.

Ces caillots sont rapidement recouverts sur l'une et l'autre face par une membrane mince et lisse, de nouvelle formation. Le feuillet supérieur contigu à la dure-mère, facile à reconnaître dans les premiers jours de la maladie, s'affaiblit graduellement et contracte des adhérences intimes avec la séreuse qui revêt cette méninge. Le feuillet inférieur ne tarde pas à prendre les caractères d'une membrane séreuse ; il se confond sur les bords du caillot avec l'arachnoïde pariétale, de telle sorte que l'on pourrait croire à l'existence de l'hémorrhagie extra-arachnoïdienne. M. Baillarger a démontré, par l'étude

, toute la fausseté de cette supposition. Il a fait voir qu'il était ssible d'isoler le caillot et de montrer la séreuse pariétale placée le lui.

t, d'abord mou, se raffermit graduellement. Il perd chaque jour de son volume.

ur est formé par la fibrine noirâtre qui laisse échapper peu à ière colorante, et devient d'un rouge pâle. La sérosité qu'il ren- sorbe lentement. Il diminue ensuite par degrés, et passe enfin à nelle fibrineuse blanchâtre qui présente quelquefois les caractères reux.

elques circonstances, ce caillot disparaît entièrement, et il reste eux membranes qui le recouvraient un espace rempli par de la sé- sâtre. Ces kystes, sur lesquels M. Legendre a appelé l'attention, ès lui, l'un des modes de réparation de cette maladie. On les voit elquefois un développement fort considérable. Ils renferment 3 à es de liquide et constituent une espèce nouvelle d'hydrocéphalie point parlé jusqu'à ce jour.

on trouve une véritable organisation des caillots qui, après avoir partie de leur volume, vivent aux dépens des tissus à l'aide des vais- ouvelle formation développés dans leur intérieur.

rve en même temps une assez forte congestion de la pie-mère et de . Les ventricules sont un peu dilatés et renferment une petite quan- sité limpide ou citrine, mais toujours transparente.

jeunes enfants, le cerveau n'est point déprimé par l'épanchement es os du crâne, n'étant point réunis, s'écartent et empêchent la n des hémisphères cérébraux. — Si l'épanchement était plus sou- à un seul hémisphère, la dilatation partielle du crâne pourrait de- gne important pour le diagnostic. Il perd une grande partie de sa oment où nous savons que les lésions anatomiques existent ordi- des deux côtés du cerveau.

Symptômes.

ptômes de l'hémorrhagie méningée, chez les enfants à la mamelle, bscurs et se confondent presque complétement avec ceux de la des méninges ou du cerveau.

s quels termes M. Legendre en fait l'exposition :

n ou deux vomissements, ou même sans vomissement préalable, taient pris de fièvre et de quelques mouvements convulsifs ayant nairement pour siége les globes oculaires et laissant à leur suite un isme ; l'appétit était perdu, la soif vive ; les évacuations étaient na- faciles à provoquer. Bientôt se manifestait une contracture perm- ieds et des mains, suivie bientôt elle-même d'accès convulsifs

ques ou cloniques. Pendant ces convulsions, la sensibilité et la conna
étaient abolies, et la face, habituellement injectée, prenait une colorati
foncée.

« Dans l'intervalle de ces accès, il existait de l'assoupissement, qu
les premiers jours, augmentait à mesure que la maladie faisait des pro
fièvre persistait pendant tout le cours de l'affection, et devenait plus
mesure qu'on approchait du terme fatal. Enfin, les convulsions séparé
bord par des intervalles plus ou moins longs, se rapprochaient de
plus et devenaient presque continues dans les derniers moments. »

La mort est souvent hâtée par l'apparition de phlegmasies thor
intercurrentes. Sans cette complication, la maladie pourrait guérir ou
à l'état chronique. C'est ce que l'on a observé chez des enfants atteint
drocéphalie arachnoïdienne, et qui, plusieurs mois auparavant, avaient é
tous les symptômes d'une hémorrhagie méningée.

Si l'enfant échappe aux premiers accidents et que la maladie se term
la formation d'un kyste rempli de sérosité, dont la quantité augmente
jour, on observe les symptômes de l'hydrocéphalie chronique.

Avec les troubles nerveux et les phénomènes que nous connaissons
tête prend une forme spéciale qui est en rapport avec cette variété d'hy
phalie. La déformation n'est pas générale. Elle n'est pas très considérab
s'accomplit d'un côté ou de l'autre suivant la position du kyste. On pe
réfléchissant sur la forme de la tête et sur la marche des phénomènes mor
établir la nature des accidents.

Marche. — Durée. — Terminaisons.

L'invasion de la maladie est soudaine, et sa durée est en rapport a
quantité de sang épanché. Lorsque l'hémorrhagie est considérable, une t
naison prompte et funeste en est la conséquence. La vie se prolonge au co
dans les cas plus favorables. La réparation des désordres s'effectue pro
vement jusqu'à l'entière disparition des caillots, ou jusqu'à la formatio
kyste qui devient l'origine d'une hydrocéphalie arachnoïdienne.

L'hémorrhagie méningée n'est pas une maladie assez fréquente pou
l'on puisse encore établir d'une manière rigoureuse, par l'observation cli
quelle doit être sa terminaison. Elle est presque inévitablement mortel
bien elle passe à l'état chronique. Il y a encore très peu d'exemples d
rison bien constatée. Tous les malades, au nombre de sept, observé
M. Legendre, sont morts, mais plusieurs ont succombé à la suite d'affe
aiguës de poitrine. La guérison ne me paraît cependant pas impossi
l'hémorrhagie est peu considérable et formée par une petite portion de
à beaucoup de sérosité.

yez l'article *Hydrocéphale*.

Diagnostic.

Cette maladie peut être facilement confondue au début avec une autre affec-on des méninges, la méningite tuberculeuse par exemple. Cependant l'in-asion soudaine de l'hémorrhagie méningée suffira pour les faire distinguer une de l'autre. On sait qu'il n'en est ordinairement pas ainsi dans la ménin-gite granuleuse, qui succède à une période de symptômes précurseurs assez évidents (*période de germination*). En outre, dans l'hémorrhagie méningée, les vomissements ne sont pas constants et la constipation n'existe pas, tandis qu'elle est opiniâtre dans la méningite granuleuse.

Traitement.

Il faut, chez ces enfants, au début de l'affection, détourner la fluxion encé-phalique qui est l'origine de l'hémorrhagie. L'application à une ou plusieurs reprises de deux sangsues derrière les oreilles, suivant la force des malades, la saignée au bras, l'emploi des ventouses sèches sur le dos et sur la poitrine, peuvent concourir utilement à ce résultat.

On peut aussi employer les réfrigérants directs sur la tête ; mais il ne les faut mettre en usage qu'avec les précautions dont nous avons parlé au chapitre de la méningite.

On doit, en outre, assurer la liberté du ventre par de légers purgatifs, le sirop de fleurs de pêcher, le sirop de chicorée, le calomel, etc., médica-ments dont l'action révulsive peut s'opposer à la marche progressive des acci-ents.

CHAPITRE XXVII.

DES CYSTICERQUES DU CERVEAU CHEZ LES ENFANTS.

La production de cysticerques dans le cerveau est un phénomène très rare, et, bien que les faits observés par moi ne soient pas relatifs à des nouveau-nés ni à des enfants à la mamelle, je les rapporte ici pour servir de point de départ aux recherches ultérieures. Ce qu'il faut dire, c'est que chez l'enfant, pas plus que dans l'âge adulte, les cysticerques du cerveau ne donnent lieu à aucun symptôme spécial qui soit de nature à les faire sûrement reconnaître.

Les entozoaires du cerveau sont encore moins communs chez l'enfant que chez l'adulte, et ils donnent lieu à des phénomènes insidieux et bizarres qui rendent leur évolution curieuse à étudier. Ils ont été longtemps décrits sous le nom d'*acéphalocystes*, sans détermination de l'espèce d'helminthe ren-fermée dans la vésicule d'enveloppe. Or il peut s'y trouver des *échinocoques ;* der en a trouvé douze dans le troisième ventricule du cerveau d'une petite fille : « quelques-uns avaient le volume d'un œuf de poule (1). » On y a ob-

(1) Reynaud, *Dict. de méd.*, t. XV, p. 439.

servé des *polycéphales;* mais ceux qu'on y observe le plus ordinairement sont les différentes variétés de cysticerque, et principalement celle qui est connue sous le nom de *cysticercus cellulosæ*. Il règne une grande confusion dans les publications qui ont été faites à cet égard, et sous le double rapport anatomique et clinique, l'étude de ces entozoaires peut être recommencée avec avantage.

Ainsi dans les observations de Lancisi (1), d'Abercrombie (2), d'Esquirol (3), de M. Rostan (4), de Martinet (5), de Constant (6), de M. Andral (7), etc., la nature des entozoaires trouvés dans le cerveau n'a pas été spécifiée. D'une autre part, Fischer (de Leipzig) en a trouvé deux dans le plexus choroïde, que Laennec, en raison de leur nature particulière, a nommés *cysticercus fischerianus;* et Treutler, d'après quelques points blancs observés sur la vessie caudale d'un cysticerque logé dans le plexus choroïde d'une femme, en a fait une nouvelle espèce sous le nom de *cysticerque pointillé*. Ce petit nombre d'exemples suffit pour démontrer toute l'importance de nouvelles recherches sur ce point d'anatomie.

On sait déjà par les observations de Fischer, de Brera, d'Himly, de Zeder, et surtout par celles d'Esquirol, de MM. Calmeil, Andral et Rostan, qu'il est presque impossible d'établir pendant la vie le diagnostic des cysticerques du cerveau, tant leur présence détermine peu de symptômes caractéristiques. Ce diagnostic n'est possible qu'en médecine vétérinaire, et particulièrement chez les moutons, qui, sous l'influence des cysticerques cérébraux, tournent sur eux-mêmes de manière à mériter le nom de *tournis*.

Chez l'homme, les symptômes offerts par les malades dans le cerveau desquels existe un ou plusieurs cysticerques sont tellement variables et si peu en rapport avec les effets secondaires, matériels, développés dans l'encéphale, tels que la compression, l'œdème, le ramollissement, la phlegmasie, l'induration, etc., qu'il est impossible de faire un diagnostic exact, et que la nécropsie seule peut révéler la nature du mal.

Observation I. — *Fièvre typhoïde. — Cysticerque du cerveau. — Méningite suppurée sans symptômes.* — Joséphine Plet, âgée de six ans, entrée le 21 mai 1855 au n° 24 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie, a été vaccinée. Elle est née d'un père scrofuleux amputé à sept ans d'une tumeur blanche du genou, et ayant une seconde tumeur blanche au coude avec fistule depuis cinq ans. Sa mère est bien portante. Elle a six frères et sœurs, tous affectés de gourmes et de glandes. Cette enfant a elle-même eu des glandes et des gourmes sur la

(1) *De subit. mort.*
(2) *Mal. de l'encéphale*, p. 475.
(3) *Bulletins de la Faculté de médecine*, p. 426.
(4) *Ramollissement du cerveau*, p. 413.
(5) *Revue méd.*, 1823.
Gaz. méd., 1836.
Anatomie pathologique, p. 850.

cou. Elle n'est sujette ni à s'enrhumer ni à la diarrhée. Elle a eu la rougeole il y a deux ans, et *elle est malade depuis huit jours*. Prise de céphalalgie, de courbature, d'inappétence et de vomissements pendant deux jours, elle a eu ensuite la diarrhée pendant plusieurs jours, après lesquels elle est venue à l'hôpital.

Etat actuel. — Enfant brune, assez bien développée ; face rouge, altérée ; les yeux enfoncés : lèvres brunes, un peu sèches ; langue blanche, chargée d'un enduit blanchâtre ; peu de soif, pas d'appétit ; ventre un peu tendu, généralement douloureux ; pas de gargouillement. Elle a eu depuis son entrée plusieurs garde-robes jaunes, tout à fait liquides. La peau est modérément chaude, et le pouls à 108. Un peu de râle sibilant et sous-crépitant dans la poitrine. — Limonade ; vomitif avec sirop d'ipécacuanha, 30 grammes poudre, d'ipécacuanha, 50 centigrammes ; cataplasmes sur le ventre.

Le 22 mars, plusieurs vomissements bilieux et deux garderobes jaunâtres ; délire toute la nuit. Ce matin, le visage est aussi altéré qu'hier ; le pouls à 120. Le ventre est souple, un peu douloureux partout, sans gargouillement intérieur. — Limonade ; cataplasmes sur le ventre.

Le 23, encore un peu de délire la nuit ; trois garderobes liquides ; ventre un peu tendu, ballonné, sans gargouillement ; langue blanche et sèche, fendillée, couverte de papilles rouges ; pouls à 124. — Cataplasmes ; citrate de magnésie, 15 grammes.

Le 24, un peu de délire nocturne ; le ventre est souple et paraît douloureux, sans gargouillement ; un vomissement et deux garderobes liquides. La langue est toujours blanche, fendillée, poisseuse ; toux assez fréquente ; râle sibilant dans la poitrine ; un peu d'assoupissement ; altération du visage ; le pouls petit, 120. — Cataplasmes ; limonade, bain.

Le 25, le délire a diminué, l'enfant est assoupie.

Le 26, le délire a disparu, et l'enfant est calme ; fièvre moindre ; le visage est bien meilleur.

Le 27, pas de délire ; agitation la nuit ; trois garderobes liquides ; ventre souple, peu douloureux, sans taches lenticulaires ; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; langue blanche très chargée, humide ; pas de toux. Rien dans la poitrine. Pouls, 116. — Citrate de magnésie, 20 grammes.

Le 29, l'enfant est très agitée ; elle a eu un peu de délire ; pouls, 120. Toujours un peu de diarrhée ; le ventre est aplati, souple, mais douloureux ; pas de taches à la surface. — Limonade sucrée ; bain.

Le 30, deux garderobes et deux vomissements la nuit ; le ventre est souple et indolent ; pas de gargouillement ; un peu d'agitation ; pas de délire ; la langue est chargée ; soif fréquente ; pouls, 108. — Limonade.

Le 31, une garderobe ; deux vomissements de matières vertes porracées ; le ventre est souple et indolent ; le visage est rouge livide ; les yeux enfoncés ; les mains sont rouges, un peu froides ; le pouls petit, presque insaisissable, 88 ; la langue blanche, très chargée. — Bain ; bouillon coupé.

Le 1er avril, un vomissement de matières vertes. — Décoction blanche de de Sydenham.

Le 2, un peu de diarrhée ; un seul vomissement pendant la nuit ; la face est violacée, ainsi que les extrémités, qui sont froides ; le pouls petit, insaisissable, 100. — Bain.

Le 3, un vomissement ; deux garderobes peu abondantes, liquides ; le visage aussi altéré, livide et froid ; les mains sont livides, et le pouls presque insensible. — Glace.

Le 5, deux vomissements ; plusieurs garderobes ; la langue se nettoie ; le pouls, 88. — Glace ; angélique vineuse ; bouillon.

Le 6, l'enfant n'a pas vomi, mais elle va très souvent à la garderobe et rend

des matières verdâtres ; la langue est blanc jaunâtre, et la soif très fréquente ; le ventre est aplati, peu douloureux : il offre à sa surface deux petits abcès superficiels, développés au-dessous de pustules d'acné ; le visage est toujours aussi altéré, mais il est moins froid ; pouls petit, 108. — Glace, bain.

Le 8, les abcès se sont ouverts spontanément ; la diarrhée persiste, et l'enfant a vomi une matière compacte, solide, moulée en cylindre, blanc jaunâtre, du volume du pouce, terminée en pointe à ses deux extrémités. Elle semble composée d'un amas de lait caillé. Le visage et les mains sont froids, cyanosés : les yeux profondément excavés, cholériques ; plaintes continuelles ; tremblement des membres ; l'enfant demande à boire, joue avec les objets qu'on lui offre ; elle reste continuellement assise sur son lit ; pouls très petit, très fréquent, filiforme. Elle reste en cet état tout le jour et meurt à sept heures du soir.

Autopsie trente-huit heures après la mort. — L'intestin grêle ne présente aucune altération à la partie supérieure ; dans sa moitié inférieure, on voit quelques traces d'injection sous forme de lignes transversales, siégeant surtout dans le sillon des valvules conniventes ; à mesure que celles-ci diminuent, l'injection est plus irrégulière. Elle forme de petites plaques arborisées, d'un rouge brun, augmentant en nombre et en étendue vers le cæcum.

Les plaques de Peyer les plus inférieures participent à cette coloration ; mais celles-là ne sont pas ulcérées ; c'est un peu plus haut, à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale, que l'on rencontre trois ulcérations, sur des plaques hypertrophiées et ramollies. Enfin, à la partie inférieure de l'intestin grêle, les follicules muqueux sont saillants et tuméfiés. Ils offrent un petit point noirâtre à leur orifice central.

Les follicules isolés ont le même aspect dans le gros intestin, et ces petits points noirs y sont extrêmement nombreux. Le cæcum est fortement coloré (rouge livide), sa muqueuse ramollie.

Le côlon offre bien quelques stries rougeâtres çà et là, mais il n'y a réellement à noter que le nombre de ses follicules hypertrophiés.

Rien aux reins ; la vessie est très distendue par une grande quantité d'urine.

Le *foie*, la *rate* et le *cœur* sont dans l'état normal.

Le poumon droit présente à son sommet en arrière une masse de coloration foncée livide ; toute cette partie est saillante à l'œil et dure au toucher. L'incision révèle une véritable hépatisation : la coupe est uniforme, sans qu'on puisse distinguer la séparation des lobules enflammés : il existe une ligne de démarcation très tranchée entre la masse enflammée et la portion saine. Enfin un peu plus profondément. Il y a un peu de suppuration, et quelques petits lobules sont déjà suppurés. Toute cette partie malade va au fond de l'eau ; le reste surnage. Le poumon gauche offre des altérations analogues dans son lobe inférieur ; seulement, au lieu de n'offrir qu'une seule masse enflammée du volume d'une grosse noix, il présente plusieurs petits noyaux, gros comme une noisette, également saillants à l'extérieur, même coloration, même consistance, et contenant aussi de petits lobules au troisième degré et sous l'apparence de pneumonie lobulaire.

Les méninges sont injectées dans presque toute leur étendue ; à la convexité du cerveau, elles sont fortement infiltrées d'un liquide blanchâtre gélatiniforme ; à la base, la coloration de cette infiltration se rapproche davantage de celle du pus ; et au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, on peut faire refluer avec la lame du scalpel un liquide crémeux, blanchâtre, purulent, entre l'arachnoïde et la pie-mère.

A la convexité du cerveau, à 2 ou 3 centimètres de la grande scissure, vers la moitié antéro-postérieure du lobe gauche dans le sillon de deux circonvolutions latérales, l'arachnoïde est soulevée par une petite vésicule transparente d'un centimètre d'épaisseur, dans laquelle nage un petit flocon blanchâtre ; cette petite vé-

seule est détachée avec soin, elle est parfaitement close, c'est-à-dire que sa cavité ne communique point avec la grande cavité arachnoïdienne ni avec le liquide céphalo-rachidien. L'examen microscopique de cette petite poche et du corps opaque qu'elle contient révèle l'existence d'un *cysticerque* replié dans son enveloppe.

A côté du cysticerque, il y en a un second dont la poche est aplatie et qui paraît en voie de décomposition.

Tous deux appartiennent à l'espèce *Cysticercus cellulosæ de Rudolphi.*

La pulpe cérébrale n'est nullement altérée ; sa consistance et sa coloration sont normales.

Les muscles ne renferment rien de particulier.

Chez cette enfant âgée de six ans, les symptômes ont été au début ceux de la fièvre typhoïde, tels qu'on les observe généralement à cet âge : céphalalgie, courbature, inappétence, vomissements et forte diarrhée, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite ; tension et douleur du ventre, sécheresse et fuliginosité des lèvres, râle sibilant et sous-crépitant dans la poitrine, fièvre vive et un peu de délire pendant la nuit. Ces symptômes ont duré quinze jours, et l'état général semblait s'améliorer, lorsque des vomissements persistants de matières vertes, porracées, vinrent aggraver la situation. Il y a tant d'exemples de vomissements incoercibles à la fin des fièvres typhoïdes et dans leur convalescence, que le fait semblait se rapporter aux exceptions malheureuses déjà connues. Pendant huit jours encore ces phénomènes se sont manifestés, de sorte qu'à partir du début jusqu'au jour de la mort, il s'est écoulé un mois, durant lequel se sont succédé les principaux phénomènes qui viennent d'être indiqués. Pendant tout ce temps le pouls a varié de 120, lors du début, à 108 et à 100 pulsations régulières, variables seulement pour la force et la résistance sous le doigt. Il devint presque insensible pendant les derniers jours de la vie. Le délire nocturne des premiers jours disparut à mesure que la maladie s'avançait vers son terme fatal, et à la dernière heure, nul trouble intellectuel, sensitif et musculaire, ne dut faire pressentir une altération quelconque du cerveau. En effet, l'enfant, assise sur son lit, causait avec ceux qui la venaient voir, tendait les mains pour être levée. Elle se remuait en tous sens, et elle mourut sans présenter de délire, de paralysie, ni de mouvements convulsifs.

La persistance des vomissements depuis le début jusqu'à la fin des accidents, est le seul phénomène cérébral qui ait une valeur rétrospective sémiotique, et c'est le seul qu'après nécropsie on puisse faire concorder avec la lésion trouvée dans le cerveau. Le délire continu, la paralysie musculaire, l'affaiblissement et l'abolition de l'exercice des sens, les convulsions internes ou externes, toniques ou cloniques, qui auraient dû se montrer, n'ont pas existé un seul moment, même aux approches de la mort.

Vis-à-vis d'une pareille malade, et en présence de symptômes de ce genre, nous avons cru à une fièvre typhoïde abdominale ; la nécropsie nous a donné raison sous un certain rapport, puisque avec les traces d'une phlegmasie non douteuse de la muqueuse iléo-cæcale des follicules et des plaques hypertro-

phiées, d'autres ramollies et ulcérées, justifièrent l'exactitude du diagnost et cependant ces lésions étaient si peu développées que, pièces en main et elles, on ne se rendait que difficilement compte de la mort.

La nécropsie nous a permis de vérifier l'existence d'une pneumonie lobula discrète au second et au troisième degré, dont les râles sibilant et sous-cré tant avaient bien fait soupçonner l'existence.

Enfin, ce que les symptômes n'ont pu faire pressentir, et ce dont la cropsie est venue établir l'existence, ce sont : les cysticerques des circon lutions cérébrales, et la méningite avec suppuration de la périphérie du veau. Que les cysticerques du cerveau ne produisent chez l'homme auc réaction morbide spéciale caractéristique, c'est un fait difficile à comprend et que les observations antérieures de Bréra, Jecler, Andral, Calmeil, Rost ont bien établi ; mais qu'une méningite puisse arriver à suppuration s donner lieu à aucun phénomène particulier, c'est un fait plus rare, et c'est mécompte dont l'anatomie pathologique, comme doctrine, devient jus ciable.

Une exception de ce genre est une chose très grave, qui pèse beaucoup da la balance de l'interprétation qu'on doit faire du rapport des lésions aux sym ptômes. Toutes les tumeurs du cerveau, quelle que soit leur nature, sou comme les cysticerques et n'ont pas de symptômes caractéristiques. Il n'y a, en présomption de leur existence, que des probabilités plus ou moins grandes. La méningite et l'hémorrhagie du cerveau sont les seules affections de ce vis cère dont le diagnostic échappe à l'incertitude du diagnostic des maladies pré cédentes. Cependant il faut maintenant faire une réserve pour la méningit qui peut exister à l'état latent, et c'est la première fois que j'ai observé du pus dans les méninges, sans que, pendant la vie, les troubles de l'intelligence des sens et de la motilité, aient averti le médecin des désordres matériels en train de s'accomplir dans l'organe de la pensée.

L'autre enfant sur laquelle j'ai rencontré des cysticerques dans le cerveau est également une fille. Chez elle, les symptômes observés pendant la vie pour être différents, n'en ont pas été moins intéressants à étudier.

Elle est entrée à l'hôpital pour une hémichorée à droite, accompagné d'une hémianalgésie à gauche. Au bout de quelques jours, elle a été pris dans la salle d'une scarlatine avec angine, et suivie d'albuminurie. Elle paraissait en voie de guérison, lorsque, subitement et en quelques minutes, sans œdème ni anasarque, un accès de suffocation a occasionné la mort.

Observation II. — *Hémichorée droite avec hémianalgésie gauche. — Scarlatine. — Angine. — Albuminurie. — Mort subite. — Cysticerques du cerveau.* — Brunet (Louise), dix ans, entrée le 30 janvier 1856, au n° 15 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Le père et la sœur sont bien portants. La mère est affectée d'une taie sur l'œil gauche, taie remontant à l'enfance. Elle a une extinction de voix depuis six ans avec toux fréquente ; chez elle, le voile du palais et le larynx présentent un état granuleux très prononcé. L'enfant a été vaccinée ; elle a eu des gourmes à la tête

des glandes au cou. Elle est assez sujette à s'enrhumer et à prendre du dé-ment. Sa maladie remonte à deux mois. Le côté droit du corps, la face, les s et les membres inférieurs, présentent des mouvements désordonnés, carac-isés par des contractions musculaires involontaires.

La malade ne peut plus se servir du bras droit, elle laisse tomber tout ce elle prend. La parole est difficile et la marche saccadée; la malade tombe élquefois.

Elle tousse un peu depuis quelques jours ; du reste, l'enfant mange bien, ne nit jamais, a peu de dévoiement depuis vingt-quatre heures, elle n'a eu au-ne douleur dans les jointures. Pas d'affections rhumatismales dans la famille. enfant ne se plaint jamais ; elle a des battements de cœur, sans que les bruits rent rien d'anormal.

En même temps qu'il existe une hémichorée du côté droit, du côté gauche, y a une anesthésie de douleur complète ; l'enfant sent qu'on la touche et qu'on pince, mais ne souffre pas. La face, le tronc, le membre supérieur et inférieur ésentent cette particularité, et sur le bras, quand on promène une épingle, dès u'elle arrive à la ligne médiane et sur le côté droit, la sensibilité de tact et de ouleur apparaît. — Bains sulfureux.

Le 5 février, les mouvements sont aussi troublés que le premier jour, mais nalgésie qui existait dans le côté gauche commence à disparaître.

La sensibilité de la peau est en partie revenue, bien qu'elle soit moins exquise a droite. Continuation des bains sulfureux ; l'enfant tousse beaucoup, un peu fièvre.

Le 6, dans la journée d'hier, l'enfant n'a pas eu d'appétit, un peu de diar-ée, pas de vomissements ; elle tousse beaucoup, et se plaint du mal de gorge. e matin, on constate une éruption de scarlatine qui s'est développée pendant la uit. Elle couvre la poitrine, le dos et un peu les membres; cette éruption est aractérisée par un pointillé rouge, très confluent, formant à distance une colo-ation rouge générale et presque uniforme, peu foncée en couleur. La rayure u doigt produit partout une *raie blanche* bien caractérisée. Le voile du palais t couvert d'un piqueté rouge, semblable à celui de l'éruption. Les amygdales nt tuméfiées, ulcérées, principalement l'amygdale gauche, qui présente à sa e interne une ulcération un peu grisâtre, sans profondeur et de peu d'étendue; au modérément chaude, pouls à 116.

Sous l'influence de cet état fébrile et de cette maladie aiguë, les mouvements oréiques sont moins étendus, la sensibilité est revenue du côté gauche, et elle t semblable à celle du côté droit. — Tisane de tilleul; application de glycérine r l'amygdale avec un pinceau.

Le 7, l'éruption a gagné en étendue et en couleur. La teinte rouge n'est ce-ndant pas générale ni uniforme ; la rayure de l'ongle y produit *une raie blanche* s manifeste, mal de gorge moindre, mais les amygdales sont aussi rouges, et ulcération n'a pas changé de nature ; une selle liquide, pas de vomissements, peu d'agitation. La nuit, pas de délire, pouls à 128. — Applications de gly-rine sur l'amygdale.

Le 8, l'éruption, très rouge, couvre le corps et les membres ; l'enfant est eux, elle a un peu dormi; elle sue assez abondamment. Pas de garderobes. ine est moins violente ; les amygdales un peu moins rouges et offrant tou-urs à leur face interne un dépôt grisâtre ; la langue est assez volumineuse, rouge r les bords, couverte d'un enduit blanchâtre sur le milieu. Peau modérément hande, pouls petit, 120. — Glycérine en topique.

Le 9, la teinte de l'éruption est encore assez prononcée, et la langue commence se dépouiller. Pas d'agitation, bon sommeil ; gorge beaucoup moins doulou-

reuse, l'enfant n'a plus de peine à avaler; les amygdales sont moins grosses et moins rouges: l'ulcération de la face interne est en voie de cicatrisation; pouls, 124. — Application de glycérine.

Le 10, pas de selles, pas de vomissements; peu de sommeil; un peu d'agitation. L'éruption a pâli. L'arrière-bouche et la muqueuse linguale sont très rouges; elles sont dépouillées de leur couche épithéliale.

Le 12, l'éruption a disparu, et il commence à se montrer un peu de desquamation dans quelques points du ventre; gorge moins rouge, les amygdales revenues à leur volume presque naturel, l'ulcération du côté gauche en voie de cicatrisation; langue rosée et humide; l'appétit est revenu; pas de diarrhée; pouls, 76-80.

Le 13, on n'a pas touché l'amygdale avec la glycérine, l'enfant s'est seulement gargarisée; il est probable que le médicament n'a pas touché l'amygdale et ce matin l'ulcération s'est agrandie et les bords sont taillés à pic. L'enfant est très bien d'ailleurs. Une garderobe.

Le 15, la desquamation augmente; l'épiderme s'enlève par larges plaques au niveau des cuisses. — Application de glycérine dans la gorge.

Le 17, même état de la gorge.

Le 19, l'ulcération de la gorge est tout à fait guérie. La desquamation continue à un degré considérable sur les membres. — Œuf; eau rougie; demi-looch blanc sirop diacode, 15 grammes.

Le 22, l'enfant est très bien; la desquamation continue, quoique peu abondante. Elle présente un peu de bouffissure au visage. Les urines, assez abondantes, un peu décolorées, précipitent d'une manière assez notable par l'acide nitrique et la chaleur. — Chiendent; sirop de groseilles.

Le 23, l'enfant a de la fièvre (96 pulsations); langue blanche; peu de soif, un peu d'appétit. Le sommeil est mauvais. L'enfant va à la garderobe sans diarrhée. (Bain.) Les urines, moins abondantes, chargées de sels, s'éclaircissent d'abord par la chaleur, puis elles donnent lieu à un précipité albumineux beaucoup plus considérable que celles d'hier.

Le 24, dans le bain (tiède), l'enfant est devenue rouge comme dans la scarlatine; elle est restée depuis hier enveloppée dans de la laine, ce qui entretient une chaleur assez vive de la peau sans moiteur permanente. Pouls, 120. (Boissons abondantes.) Les urines de la journée sont troubles, déposent un sédiment muqueux mêlé d'acide urique, et précipitent très abondamment par la chaleur. Celle de ce matin, rendues après une nuit de sommeil, sans boissons, sont assez claires, le dépôt muqueux moins abondant et donnant moins d'albumine par la chaleur.

Le 25, dans la journée, vers cinq heures, l'enfant, qui était très bien, veut d'uriner, lorsqu'elle a été prise de battements de cœur extrêmement violents avec anxiété et malaise considérables. Son dos est devenu violet; le visage contracté un peu rouge, couvert de sueurs abondantes. Aussitôt il s'est fait un râle trachéal et la mort est arrivée au bout de quinze minutes.

Autopsie, le 26 février. — Les deux poumons sont noirâtres, congestionnés, infiltrés d'un liquide abondant, sans trace d'inflammation du parenchyme pulmonaire. Le tissu pulmonaire est crépitant, bien qu'il offre de la résistance.

Les deux cavités pleurales sont distendues par un liquide transparent, jaune citrin. Cependant, à droite, la surface de la plèvre offre une substance comme gélatineuse qui lui adhère assez intimement.

Le péricarde ne présente pas la moindre trace d'inflammation, et il contient une quantité de liquide assez considérable.

Le cœur ne présente pas de caillots. Pas d'épanchement dans le péritoine.

Le foie est très volumineux, d'un rouge très foncé presque uniforme. A la coupe, laisse écouler une quantité de sang considérable.

Les reins sont volumineux. Ils présentent à leur surface une arborisation à mailles très serrées qui leur donne une coloration rose. La substance médullaire présente une coloration rouge brun très foncé. Ils sont très augmentés de volume. Le rein droit pèse 100 grammes, le rein gauche 89 grammes, tandis que le rein d'une malade de treize ans, morte de diathèse tuberculeuse, avec tubercules des reins et congestion du tissu rénal, ne pèse que 70 grammes.

Les intestins présentent des arborisations très nombreuses et renferment trois lombrics. Les follicules isolés du gros intestin et les plaques de Peyer, surtout un peu avant d'arriver à la valvule iléo-cæcale, sont congestionnés et très tuméfiés.

Le tissu cellulaire du tronc et des membres, et celui des fosses iliaques et du médiastin, sont infiltrés de sérosité.

L'encéphale présente un piqueté assez considérable et peu de congestion des méninges. Du reste, pas de liquide dans les ventricules ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La partie postérieure de l'hémisphère droit offre à sa surface, mais contenu dans l'épaisseur même de sa substance, un petit kyste de la grosseur d'une petite noisette, contenant deux cysticerques. (Déjà l'intestin grêle avait présenté trois lombrics.)

On n'a pas trouvé d'autres cysticerques dans les muscles du tronc et des membres.

Cette observation est fort curieuse, et doit être analysée à différents points de vue :

1° Au point de vue de la chorée, de sa forme particulière (hémiplégique) et de sa disparition par le fait d'une maladie aiguë ;

2° Au point de vue de la scarlatine intercurrente et de l'angine scarlatineuse guérie par les applications de glycérine ;

3° Au point de vue de l'albuminurie consécutive ;

4° Au point de vue de la mort subite ;

5° Enfin, au point de vue de l'anatomie pathologique et des cysticerques trouvés dans le cerveau.

Chorée. — Chez cette enfant, la chorée datait de deux mois au moment de l'entrée à l'hôpital, et se présentait sous une forme spéciale, exceptionnelle, qu'on ne rencontre guère que dans les cas de chorée symptomatique d'une altération matérielle du cerveau ou de ses enveloppes. C'était une hémichorée plutôt qu'une chorée. Tout le côté droit du corps, la face et les membres étaient le siége de mouvements musculaires convulsifs désordonnés, involontaires, fréquents, qui empêchaient toute espèce de travail. La main droite ne pouvait tenir résolûment ce qu'une fois elle avait saisi. La langue elle-même était embarrassée et la parole était incertaine ou hésitante. Tous ces accidents étaient on ne peut mieux caractérisés.

Mais ce qu'il y avait de curieux chez cette malade, c'était de voir la sensibilité détruite dans le côté sain, tandis qu'elle était conservée dans le côté choréique. En effet, la peau des parties affectées de mouvements convulsifs avait le sentiment du *contact* et de la *douleur* ; au contraire, celle du côté sain était complétement insensible à la douleur ; elle présentait cette disposition morbide que, le premier, M. Beau a fait connaître sous le nom d'*analgésie*. On pouvait la piquer et la pincer dans tout le côté gauche sans provoquer la

LANE LIBRARY, STANFORD UNIVERSITY

moindre expression de douleur. Le contact était ressenti, mais nulle ir sion douloureuse n'arrivait au cerveau. En promenant la pointe de l'a sur le tronc et sur le visage, à gauche, tout se passait ainsi que je vi le dire, jusque sur la ligne médiane ; mais à partir de ce point et dans droit, la piqûre de l'aiguille était très douloureuse.

Cette chorée n'avait été précédée d'aucune autre maladie rhumatism morbilleuse que dans ces derniers temps on a considérée comme ayan elle une influence étiologique importante. D'autre part, si l'on a éga résultats de la nécropsie, qui a révélé l'existence de deux cysticerques veau, il est infiniment plus probable que c'est à cette cause qu'il faut att l'apparition des phénomènes choréiques.

Cette hémichorée et cette hémianalgésie ont cessé très complétemen l'influence de la fièvre d'invasion de la scarlatine. Bien que ce soit là u nomène connu, déjà indiqué au sujet de cette névrose par Bouteille, Sée comme il a été noté pour la plupart des névroses, et particulièremen l'hystérie, pour la coqueluche et pour l'épilepsie, il n'en est pas moins c ni moins important à signaler. C'est une occasion nouvelle d'appeler l' tion sur les substitutions morbides dont l'étude est trop négligée de nos — *Febris spasmos solvit*, a dit Hippocrate. — L'exemple de cette chor paraissant subitement par la scarlatine en est une nouvelle preuve. D'a ce fut une simple diminution de l'analgésie et des mouvements choréi mais au bout de quarante-huit heures la névrose avait complétement la sensibilité était la même dans les deux côtés du corps, et il n'y avait p traces de chorée. Une fièvre de médiocre intensité avait suffi pour amen résultat.

Scarlatine. — Au moment de l'arrivée dans les salles, il n'y avait p scarlatine en activité ni en convalescence ; mais précédemment il en existé plusieurs cas peu graves dont les sujets guéris étaient rentrés dans l familles. Le miasme avait eu le temps de se diluer et de se mêler à l'air manière à ne s'y trouver qu'en petite quantité. Mais, on le sait, les mia et les virus divisés à l'infini conservent des propriétés contagieuses à un d presque aussi violent que s'ils étaient absorbés en quantité considérable. atome ou une masse produit indifféremment des effets semblables, et i est ainsi de toutes les *causes spécifiques*.

Il a fallu d'ailleurs que l'action du miasme scarlatineux ait été bien r et bien violente, car l'*incubation* n'a duré que cinq jours, la fièvre d'*inv* vingt-quatre heures, et l'éruption scarlatineuse a aussitôt recouvert la su du corps. Cette éruption, assez régulière, a duré six jours, et immédiate une faible desquamation a paru sur le ventre ; elle s'est ensuite étendue cuisses et au reste de la peau en formant des écailles assez larges.

Angine. — La seule complication de cette scarlatine au début fut l'ang En même temps que sortait l'éruption cutanée, une éruption de même n se produisait sur le voile et les piliers du voile du palais, sur le fond du p

ouvert sur les amygdales. Les deux glandes tuméfiées étaient à leur face interne le siége d'une ulcération grisâtre, encore peu étendue ; mais celle du côté gauche était plus grande que celle de l'amygdale droite. L'ulcération, étendue d'un centimètre environ, avait pour base un fond grisâtre, pultacé, et ses bords, irréguliers, déchiquetés, étaient taillés à pic. Elle était inodore. Au voisinage de cette ulcération, on vit un instant deux points blancs, saillants, formés par des follicules suppurés, non ouverts. La déglutition était difficile, et les ganglions du cou engorgés, douloureux. C'était là le commencement d'une de ces complications redoutables qui donnent quelquefois à la scarlatine une gravité si grande, complications bien connues aujourd'hui dans leur nature, sinon encore dans la manière d'en triompher sûrement.

Ayant vu très souvent les cautérisations énergiques produire une angine plus intense, augmenter la tuméfaction des ganglions cervicaux et ne pas produire toujours les résultats heureux signalés par quelques observateurs ; sachant d'ailleurs que ces angines ne sont pas toujours produites par des fausses membranes diphthéritiques, comme le croient plusieurs médecins fort distingués, je ne voulus pas recourir aux moyens antiplastiques proposés dans cette circonstance. Sans penser un instant à l'emploi des sels de potasse, d'antimoine et de soude, je mis en usage les applications de glycérine, dont je tire bon profit dans les angines ulcéreuses et même dans les cas d'angine couenneuse bien caractérisée.

Trois fois par jour, pendant cinq jours, de la glycérine fut portée à l'aide d'un pinceau sur l'ulcération des amygdales. Au bout de ce temps, l'ulcère du côté droit avait disparu, et celui de l'amygdale droite avait notablement diminué ; le fond avait bon aspect, et ses bords étaient affaissés, en voie de cicatrisation. Je fis cesser l'application de glycérine.

Le lendemain, la plaie de l'amygdale gauche avait de nouveau mauvaise apparence ; elle était agrandie, et ses bords déchiquetés s'étaient de nouveau gonflés.

Après un nouvel emploi de glycérine trois fois par jour, l'ulcération marcha rapidement vers la guérison, et au sixième jour elle était cicatrisée.

L'action du remède fut évidente ; car, après une amélioration très caractérisée sous l'influence de la glycérine, une interruption de vingt-quatre heures permit au mal de reprendre une activité nouvelle, qui fut heureusement combattue par une nouvelle application du médicament.

Albuminurie. — L'enfant paraissait guérie et mangeait avec plaisir ; elle ne restait au lit que pour favoriser le travail de desquamation consécutif à la scarlatine, sans exposer la peau à un refroidissement qui aurait pu gêner le rétablissement de ses fonctions. Elle était sans fièvre depuis cinq jours, lorsque, lui voyant le visage pâle, avec une faible bouffissure des paupières, je fis l'examen des urines à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique : j'y trouvai de l'albumine.

Le lendemain, l'appétit était perdu, et il y avait des malaises accompagnés

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

d'une forte fièvre ; les urines étaient plus fortement albumineuses. Malgré la transpiration produite par des bains tièdes et l'enveloppement à nu dans la laine ordonnés dans le but d'établir une hypersécrétion de la peau capable de balancer la sécrétion anormale des reins, l'albuminurie et la fièvre ne cessèrent pas immédiatement, mais la quantité d'albumine était au cinquième jour très notablement diminuée. La sécrétion urinaire eût-elle repris ses caractères naturels si l'enfant eût vécu quelques jours de plus? C'est possible, car on sait que l'albuminurie scarlatineuse, souvent causée par une simple hypérémie rénale, disparaît avec cette hypérémie, et cela au bout d'un temps qui varie de quinze à vingt-cinq jours à peu près. Mais la maladie n'a pas eu le temps de suivre son cours ; un accident imprévu et impossible à prévoir est venu en interrompre la marche. Un malaise subit, accompagné d'angoisse et de palpitations de cœur, s'est terminé en quelques minutes par la mort.

On sait le résultat de la nécropsie : hypérémie des reins, avec augmentation de 20 à 30 grammes sur leur poids, et sans altération bien apparente de la substance corticale; double hydrothorax assez abondant ; cysticerques du cerveau, avec infiltration séreuse de la pie-mère; épanchement séreux des ventricules et ramollissement des parties centrales ; telles sont les principales et les plus importantes des lésions somatiques trouvées chez cette enfant.

Elles expliquent jusqu'à un certain point la mort et quelques-uns des accidents observés pendant la vie.

En effet, bien que l'hydrothorax double n'ait pas été assez abondant pour comprimer les poumons le long de la colonne vertébrale et empêcher la respiration, son action a dû exercer une influence sur la mort, en raison de la formation si rapide de l'épanchement. Sous l'influence de l'anémie albumineuse il s'était fait, trois jours avant la mort, un peu d'œdème aux jambes et de la fissure des paupières, le liquide des plèvres a dû se former en même temps, mais il n'a donné lieu à aucun symptôme de toux ni de dyspnée ; sa présence n'a pas été reconnue. C'est uniquement d'après la quantité du liquide, évaluée à deux verres pour chaque plèvre, à la rapidité de la sécrétion, formant tout à coup un obstacle à la respiration, que j'attribue l'espèce de suffocation subite qui a déterminé la mort. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais on peut croire qu'elle est très vraisemblable et motivée par des faits analogues bien connus des observateurs. Elle me paraît infiniment mieux rendre compte du mécanisme de la mort, que la présence des cysticerques du cerveau, qui ne déterminent jamais la mort subite.

Si les cysticerques du cerveau ont joué un rôle dans les phénomènes morbides dont l'organisation de l'enfant a été le siége, ce qui n'est pas impossible, ce rôle me paraît devoir être limité à une action infiniment moins grave que la terminaison par la mort. Ces parasites ont peut-être été la cause occasionnelle de l'hémichorée et de l'hémianalgésie pour lesquelles l'enfant est entrée à l'hôpital. Souvent, en effet, la chorée, dans la forme hémiplégique, est produite par une altération de texture quelconque du cerveau et de ses enveloppes

es. Il est rare de la rencontrer ainsi à l'état de chorée essentielle. Il ne se-
pas impossible, par conséquent, que les cysticerques aient été la cause
chorée hémiplégique, et que la mort ait été le résultat d'une suffocation
rieure produite par une sécrétion très rapide de liquide dans les plèvres.
es cysticerques eux-mêmes m'ont offert des particularités intéressantes. Ils
ent placés dans la substance corticale, et n'étaient pas apparents à l'exté-
r. Ils étaient au nombre de deux dans un kyste, ce qui n'est pas ordinaire,
chaque parasite a presque toujours son kyste particulier. L'un d'eux, très
était en voie de décomposition et réduit à l'état de putrilage dans une en-
ppe altérée. L'autre était blanc, résistant, intact; sa tête était rentrée
le corps, et après l'avoir fait sortir, j'ai pu, avec M. Davaine, l'examiner
ir sous le foyer du microscope.
es ventouses étaient bien évidentes, et, au centre, se voyait à l'œil nu un
t noir formé par la bouche de l'animal et la couronne de ses crochets.
cette couronne de crochets était altérée par un dépôt de matière noire,
elle paraissait encore bien conservée, et les crochets résistants ne sont
tombés dans la préparation. Ils étaient au nombre de 29 ou 30. Le col,
culé, rétréci, allongé, communiquait avec le corps transparent, à la sur-
duquel on pouvait voir une foule de granulations et de plaques cal-
es. Ce cysticerque m'a paru être le type de la variété *Cysticercus cellu-*
e.
i l'on ajoute ces observations à celles qui sont déjà connues, on verra que
t l'homme les cysticerques du cerveau sont impossibles à reconnaître pen-
t la vie. La raison en est toute simple. Ces entozoaires ne déterminent
ent pas de symptômes, et les phénomènes morbides auxquels ils peuvent
ner lieu n'ont rien de caractéristique.

CHAPITRE XXVIII.

DE LA SCLÉROSE CÉRÉBRALE OU INDURATION DU CERVEAU.

l y a un certain nombre de maladies de l'enfance, caractérisées par des
ibles de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité, dans lesquelles on
trouve qu'une modification anatomique peu appréciable de l'encéphale,
iel se trouve partiellement endurci. Cette lésion, désignée sous le nom
duration à cause de la densité du tissu, n'a jamais été étudiée avec soin.
vient de l'être à deux reprises par M. Ch. Robin sur deux enfants morts
état d'idiotie. Je consigne ici le résultat de ses recherches, à titre de ren-
nement, en attendant que des faits plus nombreux et bien étudiés per-
tent de classer définitivement cette lésion. C'est à l'occasion du fait sui-
t que MM. Isambert et Ch. Robin ont fait ces recherches et lui ont donné
om de *sclérose cérébrale*.

Observation. — Le nommé Boissand (Armand), âgé de deux ans, né à Paris

(Seine); de père et mère domestiques, est entré le 21 décembre 1854 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 4, où il est amené à son retour de nourrice. Depuis sa naissance il a présenté les caractères de l'idiotie. Actuellement, il est pris de contractures, son cou est roide et sa tête est renversée en arrière. On n'a pas d'autres renseignements sur lui.

Il meurt le 1er janvier 1855.

Examen de l'encéphale. — La boîte crânienne n'offre rien à considérer, si ce n'est peut-être un peu d'étroitesse des fosses cérébrales antérieures.

En incisant la dure-mère, on trouve sur l'encéphale une couche épaisse de sérosité, qui, ayant infiltré le tissu sous-arachnoïdien, présente l'aspect d'une couche gélatineuse épaisse de 2 à 3 millimètres au moins. La surface externe des lobes cérébraux offre consécutivement un ramollissement qui laisse déchirer très facilement la pulpe cérébrale. En procédant à l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne, on trouve, par opposition à la mollesse des circonvolutions cérébrales, une dureté remarquable de toutes les parties qui constituent l'isthme de l'encéphale, à savoir le bulbe, la protubérance et les pédoncules cérébraux. Ceux-ci notamment sont durs, et isolés au milieu d'une sérosité abondante, ressemblent à une préparation anatomique après macération dans l'alcool ou l'acide nitrique. Le peu de développement de la partie postérieure des lobes cérébraux rend encore plus manifeste cet isolement de l'isthme de l'encéphale. Peu de pièces pourraient mieux démontrer à un commençant la direction de la grande fente cérébrale de Bichat. — Le cervelet n'offre rien de particulier.

En incisant les lobes du cerveau, on y trouve une quantité de petits kystes séreux à parois assez dures. Il ne nous a pas semblé toutefois qu'il y eût perte de substance dans la pulpe cérébrale, et nous sommes porté à croire que cette disposition singulière est due simplement aux replis les plus profonds de la pie-mère distendus par de la sérosité. En pénétrant dans les ventricules latéraux, on trouve qu'une quantité de sérosité peu considérable, mais on est frappé de l'extrême dureté des parois de ces ventricules. Le plancher supérieure, ordinairement si mou, offre presque la solidité d'une membrane à la paroi inférieure du corps strié et la couche optique présentent au toucher une dureté qui les fait ressembler à de la matière encéphaloïde crue. Les cornes d'Ammon sont également indurées. — Un morceau du corps strié et de la couche optique est soumis à l'examen de M. Ch. Robin.

Structure du tissu atteint de sclérose. — Le tissu induré est remarquable par son élasticité ; une sorte de résistance, qui se rapproche de celle de la gomme élastique. Les fragments offrent une certaine résistance à la dilacération, qu'ne présente pas le tissu normal du cerveau. La substance grise présente une teinte moins foncée que dans les conditions ordinaires, et la substance blanche, quoique bien distincte de la précédente, est pourtant plus grise qu'à l'état normal, et tranche pas sur l'autre d'une manière aussi prononcée qu'à l'ordinaire.

Voici maintenant quel est l'état des éléments du tissu : la substance blanche a perdu presque complétement ses tubes nerveux ; elle en présente encore un certain nombre, mais plus pâles, plus minces et plus irréguliers qu'à l'état normal. Le fait le plus caractéristique de la structure anormale de la substance blanche c'est la présence d'une quantité très considérable de substance amorphe, fixement et uniformément granuleuse. Cette matière amorphe présente une grande densité ; elle se laisse difficilement déprimer et aplatir. Outre cet élément on rencontre encore un autre élément anormal, et entièrement de nouvelle formation dans la substance cérébrale : ce sont des fibres du tissu cellulaire. Ces fibres sont peu nombreuses, isolées, non disposées en faisceaux, mais cependant elles sont encore assez abondantes pour former sur le bord de la préparation des sortes de nappes de fibres non contiguës, et sortant à peu près parallèlement de

matière amorphe qui englobe le reste de leur étendue. On sait qu'il existe des fibres du tissu cellulaire autour des plus gros capillaires, qui pénètrent dans la substance cérébrale dans plusieurs points de la base du cerveau. Les capillaires plus petits n'offrent plus de ces fibres. Or, on ne trouve presque exclusivement que de ces capillaires-là dans le tissu morbide que nous venons d'examiner et dans les régions correspondantes du cerveau à l'état sain. Les fibres du tissu cellulaire existant au sein de la portion indurée que nous venons de décrire doivent donc être considérées comme de nouvelle formation, et leur isolement montre bien qu'elles n'ont aucun rapport avec les fibres de la tunique externe des gros capillaires. La substance grise offre au fond la même structure que la substance blanche, avec cette particularité toutefois: 1° que la substance amorphe y est plus granuleuse, et les granulations plus foncées; 2° qu'elle ne renferme pas trace de tubes nerveux; 3° qu'elle renferme encore à peu près autant de *myélocytes* que la substance grise normale qui, comme on le sait, renferme seule cet élément; 4° elle contient plus de vaisseaux capillaires. Tous ces vaisseaux capillaires offrent, tant dans la substance grise que dans la substance blanche, des granulations graisseuses jaunâtres, tant isolées que contiguës.

LIVRE III.

DES MALADIES DU NEZ.

CHAPITRE PREMIER.

DU CORYZA.

On donne le nom de *coryza* à l'inflammation de la muqueuse des fosses nasales. Il y a diverses espèces de coryza: 1° le coryza inflammatoire aigu; 2° le coryza inflammatoire pseudo-membraneux; 3° le coryza chronique ordinairement lié à la scrofule, et 4° le coryza syphilitique.

Les altérations anatomiques de cette maladie sont, pour le coryza inflammatoire, la rougeur, la tuméfaction et la diminution de consistance du tissu de la membrane qui tapisse les fosses nasales. Il ne faut pas que le gonflement soit très considérable pour obstruer la cavité du nez, fort petite, comme on le sait, chez les jeunes enfants.

Dans le coryza couenneux, on trouve çà et là des concrétions membraneuses plus ou moins étendues, quelquefois isolées les unes des autres. Elles présentent les caractères ordinaires aux exsudations plastiques. La muqueuse qu'elles recouvrent est toujours tuméfiée, d'un rouge vif et saignant en certains endroits. Assez souvent les fausses membranes ne sont pas placées dans l'intérieur des fosses nasales, mais seulement à l'orifice des narines. L'obstacle qu'elles apportent à l'exercice des fonctions respiratoires est le même, mais il est plus facile d'en triompher.

Dans le coryza chronique scrofuleux, la muqueuse est pâle, épaissie en quelques endroits, et recouverte de pus et croûtes plus ou moins épaissies et desséchées. Ces croûtes s'aperçoivent surtout à l'entrée des narines. Là elles sont rougeâtres, formées par du sang concrété; elles se renouvellent souvent, car l'enfant les arrache sans cesse.

Le coryza, qui est toujours chez l'adulte une maladie légère, peut devenir très dangereux chez les enfants à la mamelle. M. Rayer (1) et Billard ont, des premiers, tracé fidèlement le tableau de cette affection.

Cette maladie résulte de l'action du froid, de l'air humide et du refroidissement des extrémités par l'urine des enfants, si l'on néglige de les changer souvent. Elle est produite par l'exposition à la chaleur d'un feu trop vif ou à l'action du soleil et par les brusques changements de température, lors des changements de saison. Elle est enfin le résultat d'une diathèse syphilitique ou scrofuleuse produite chez l'enfant par la mauvaise santé des parents, lorsqu'il existe chez eux une diathèse de même nature.

L'enfant éternue souvent et rejette par les narines des mucosités filantes, claires, puis jaunes, verdâtres et purulentes. Son nez est rouge et tuméfié; il dort la bouche ouverte, respire bruyamment, avec peine, et, quand l'obstacle est très considérable, sa langue et ses lèvres sont entraînées en arrière par le courant d'air introduit de la bouche dans les bronches; et il se trouve dans l'impossibilité de teter. Dès qu'on le présente au sein, il veut boire et il ne peut réussir, car la succion est difficile ou impossible, ce dont chacun peut se convaincre en simulant cet acte après s'être pincé le nez. L'enfant quitte le mamelon désespéré, poussant des cris violents et exprimant par ses gestes et par les mouvements de la physionomie la contrariété, la gêne et la douleur qu'il éprouve. Plus tard, pressé par la faim, et dans l'impossibilité de la satisfaire, l'enfant s'agite de plus en plus, il s'étiole, se décolore et se refroidit progressivement; il meurt enfin de fatigue, de douleur et d'inanition, si l'on ne parvient pas à le faire respirer par les narines. En attendant qu'on ait réussi, il faut le nourrir avec du lait à la cuiller.

Cette position est, comme on le voit, assez inquiétante. Elle compromet la vie de l'enfant, qui risque de mourir de faim s'il est très jeune. En quatre ou cinq jours, comme je l'ai vu, un enfant nouveau-né peut périr d'un coryza. Cette maladie est beaucoup moins grave chez les enfants plus âgés. Elle n'est dangereuse que lorsqu'il y a difficulté dans l'exercice de la respiration et de la déglutition. Cependant l'inflammation de la pituitaire peut quelquefois s'étendre aux membranes du cerveau et amener une hydrocéphalie aiguë, ainsi que Billard en a rapporté un exemple.

Une complication très fâcheuse du coryza, parce qu'elle est susceptible de produire l'asphyxie, ce que j'ai déjà vu plusieurs fois, c'est l'aspiration et le retrait de la langue en arrière chez les nouveau-nés. L'air pénètre incomplè-

(1) *Note sur le coryza des enfants à la mamelle.* Paris, 1820, in-8.

ent par les narines, et passe surtout par la bouche restée béante à cet effet. ntraîne la lèvre inférieure en arrière comme une soupape, il fait de même r la langue qui se redresse, se recourbe et applique sa face inférieure sur oile du palais de façon à obstruer la cavité buccale. Plus les enfants sont iblis et plus le phénomène est apparent. Il en résulte un obstacle à l'hé- tose qui s'ajoute aux effets produits par la difficulté de la succion des ma- lles. Sous l'influence de cette double cause de dépérissement, les enfants igrissent, deviennent pâles, blêmes, froids, perdent le pouls et ne tardent à succomber.

Voici un exemple de cette complication qui n'a encore été vue par personne que je signale ici pour la première fois.

Observation. — *Coryza aigu d'origine strumeuse; mort.* — Un enfant de s semaines m'est amené par sa mère sur la recommandation de M. Tourasse, e en médecine. Cet enfant, dont le père et la mère sont très délicats, et ont rt différentes manifestations de scrofule, est né un peu avant terme; il a pré- té, dès le second jour de sa naissance, une ophthalmie catarrhale et un écou- ent nasal, épais, jaunâtre, accompagné d'éternuments et de sifflement naso- tural très prononcé. Confié à une belle et forte nourrice, il ne tetait qu'avec ne et ne saisissait que très mollement le mamelon. Il quittait le sein presque sitôt après l'avoir pris, et, sans avoir le temps de boire, il se rejetait violem- nt en arrière pour respirer par la bouche. Lorsqu'on lui désobstruait les na- es, il pouvait teter, mais jamais assez pour faire un bon repas. Quelque soin 'on prit de lui laver le nez pour rendre la succion plus facile et pour favoriser llaitement, quelque précaution qu'on eût de lui donner un supplément de lait apé au verre ou à la cuiller, l'enfant finit par dépérir très sensiblement. Les rents en furent alarmés, et vinrent réclamer mon avis.

Je trouvai cet enfant pâle, anémique, amaigri, ridé des pieds à la tête, la oche béante, ayant encore un peu d'écoulement purulent, opalin, sur la con- ctive, le nez petit, très obstrué par des croûtes presque sèches qui empê- aient incomplétement le passage de l'air. L'enfant était obligé de respirer par bouche. Je le fis teter devant moi, il n'y réussit qu'avec peine; mais il put re quelques mouvements de déglutition. Je conseillai l'usage extérieur des jections avec de l'eau et du lait tiède; à l'intérieur, du sirop antiscorbutique 15 grammes par jour, tous les matins, et pour régime du lait pur à la cuiller. Trois jours après, l'enfant me fut de nouveau présenté dans un état déplo- ble: le visage altéré, le teint mat, les joues creuses, les lèvres pâles, froides; nez obstrué, froid; la bouche ouverte, la langue relevée en haut, se portant en rière comme une soupape mobile entraînée par le courant d'air de la respira- on. Dans cet état, la langue servait encore d'obstacle au passage de l'air et vorisait l'asphyxie. Cet enfant avalait sa langue! Les extrémités étaient froides le pouls avait presque disparu. Les mouvements étaient rares et lents, la dé- utition très difficile, le cri impossible. Je conseillai de maintenir la langue e avec une lamelle d'ivoire; je fis désobstruer les narines et ordonnai istration de 5 centigrammes d'iodure de potassium dans un julep gom-

enfant mourut dans la journée.

coryza est assez fréquent chez les jeunes mmairement peu sérieux: Il en est de même d

fièvres éruptives, et en particulier la rougeole. Le coryza pseudo-membraneux et le coryza chronique scrofuleux ou syphilitique sont, au contraire, des maladies fort graves.

Il faut débarrasser les narines des mucosités et des croûtes qui ferment leur ouverture, à l'aide de lotions de guimauve, de graine de lin, de sureau ou avec du lait sorti du sein de la mère ou de la nourrice. Il faut, dans le coryza pseudo-membraneux, injecter avec une seringue de verre une solution de nitrate d'argent à 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, ou de sulfate de cuivre, 3 grammes pour 30 grammes d'eau, ou de sulfate de zinc à la même dose. Il vaut mieux encore toucher l'orifice des narines très légèrement avec le crayon de nitrate d'argent et injecter ensuite un peu d'eau tiède.

Dans le coryza chronique, les mêmes opérations doivent être pratiquées, et l'on peut y joindre, quand cela est possible, les insufflations d'alun :

Alun.....	4 grammes.
Sucre en poudre.....	8 grammes.

Ou celles que je préfère et dont la base est formée de calomel :

Calomel	4 grammes.
Sucre,.....	2 grammes.

Si l'enfant est né de parents scrofuleux, et qu'il ait hérité de la diathèse scrofuleuse, il convient de lui donner du sirop antiscorbutique, 15 à 20 grammes par jour; de l'huile de foie de morue, 20 à 50 grammes; de l'iodure de potassium, 5 à 10 centigrammes; mais hélas! que peuvent ces moyens généraux, si le coryza scrofuleux est assez grave pour empêcher l'allaitement et amener la mort des enfants par inanition! Cette médication ne convient que dans les cas où l'on a du temps devant soi, lorsque le coryza est de médiocre intensité et ne compromet pas immédiatement l'existence.

Enfin, si l'obstruction nasale est telle qu'elle empêche absolument la respiration et la succion, le médecin pourrait, comme je l'ai fait sur un enfant que j'ai traité avec le docteur Veyne, essayer d'introduire dans chaque narine un petit tube d'argent de 2 millimètres de diamètre, ou 3 millimètres au plus; long de 5 centimètres, et légèrement recourbé d'avant en arrière à son extrémité gutturale, pour le fixer ensuite sous le nez avec le tube de la narine opposée. Ces deux canules provisoires permettent le passage de l'air et empêchent l'enfant de succomber tout en donnant à la maladie le temps de se guérir.

Le coryza syphilitique se présente avec les mêmes symptômes et il entraîne les mêmes dangers; sa nature seule est différente et réclame un traitement spécial. Je le décrirai plus loin en parlant de la syphilis des nouveau-nés.

Aphorismes.

104. Le sifflement nasal est le signe du coryza aigu et chronique grave.

105. Le coryza des nouveau-nés qui produit l'obstruction des fosses nasales est souvent mortel, en raison de l'obstacle qu'il apporte à l'allaitement.

106. Par l'étendue de ses lésions, le coryza syphilitique est la plus redoutable des inflammations de la muqueuse nasale; mais, en revanche, il guérit plus facilement que les autres.

CHAPITRE II.

DE L'ÉPISTAXIS.

L'épistaxis est le nom par laquel on désigne l'hémorrhagie des fosses nasales.

Cet accident, assez commun dans la seconde enfance, est rare chez les enfants à la mamelle, mais j'en ai vu plusieurs exemples depuis quelques années. Je n'en ai pas encore rencontré chez des nouveau-nés. Quand l'hémorrhagie est peu considérable, il n'y a pas à s'en occuper, mais si elle est un peu abondante, et surtout si elle se reproduit assez fréquemment, ce que j'ai vu sur un jeune enfant de ma famille, il en résulte un état de faiblesse générale et d'anémie des tissus qui ne manque pas de gravité. Les enfants sont très pâles, leur sang rosé tache à peine le linge, et ils ont peine à se tenir sur les jambes. Les fonctions s'accomplissent, d'ailleurs, assez bien, et je n'ai pas vu de trouble organique appréciable.

Les causes de cet accident sont souvent très difficiles à faire connaître. Dans quelques cas, l'épistaxis est provoquée par un coryza chronique, scrofuleux ou syphilitique, mais elle est peu abondante, ailleurs elle est causée par les attouchements du nez par le doigt des enfants. Chez l'enfant dont j'ai parlé plus haut, je crois qu'elle était la conséquence d'un état pléthorique prononcé, résultat d'une diathèse héréditaire. Le père, pléthorique lui-même, avait été, pendant toute son enfance, sujet à des épistaxis abondantes et répétées. Ailleurs les épistaxis de l'enfance se produisent dans le cours de la fièvre typhoïde et sont sous la dépendance des altérations du sang de cette pyrexie. J'en reparlerai plus loin.

Pour combattre cet accident, il faut employer des lotions froides et vinaigrées à l'entrée des narines, des lotions astringentes avec une solution d'alun, avec une solution légère de perchlorure de fer, avec de l'eau Brocchieri, ou avec une solution d'eau Pagliari, des applications d'eau froide sur les mamelles, sur les bourses, appliquer une clef ou un morceau de fer, ou de marbre froid, dans le dos, donner un quart de lavement d'eau froide, etc.

A l'intérieur, pour empêcher le retour des hémorrhagies, il faut employer l'eau de Rabel, le vin de quinquina, l'eau Brocchieri, l'eau distillée de pins, l'huile de térébenthine, 5 à 6 gouttes dans de l'eau toutes les heures, etc., etc.

LIVRE IV.

DES MALADIES DU LARYNX.

Les maladies du larynx des enfants à la mamelle sont toujours fort graves. La moindre altération de cet organe occasionne son rétrécissement, et comme il est déjà fort étroit, la vie peut être rapidement compromise.

La laryngite simple ou érythémateuse, la laryngite œdémateuse ou œdème de la glotte, la laryngite couenneuse ou le croup, et la laryngite striduleuse ou faux croup, forment les diverses variétés de l'inflammation dont la muqueuse du larynx peut être le siége.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA LARYNGITE.

L'inflammation de la membrane muqueuse du larynx constitue la laryngite. Elle est très rare chez le nouveau-né, mais elle est un peu plus fréquente chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance. On l'observe sous deux formes, à l'état *aigu* et à l'état *chronique*.

Elle est la conséquence de l'impression du froid et débute par un coryza. Elle est quelquefois en rapport avec la syphilis congéniale. Ailleurs elle succède à l'ingurgitation d'un liquide bouillant et constitue la brûlure du larynx, accident que j'étudierai un peu plus loin dans un chapitre spécial.

La *laryngite aiguë* est annoncée par l'enrouement, l'aphonie de la toux et de la voix, le sifflement laryngé, une grande gêne de la respiration et un affaiblissement considérable du murmure vésiculaire avec ou sans fièvre.

Chez les jeunes enfants la maladie simule le croup, c'est-à-dire la laryngite pseudo-membraneuse et peut comme elle amener la suffocation, l'anesthésie et l'asphyxie. C'est à ce point que l'on a pu faire plusieurs fois la trachéotomie dans des cas de ce genre, et l'on a été fort surpris de ne pas trouver dans le larynx les fausses membranes qu'on croyait devoir y rencontrer.

Chez les enfants plus âgés, la laryngite aiguë n'a pas les mêmes inconvénients ni les mêmes dangers. Elle n'a pas de symptômes de suffocation et l'aphonie de la toux et de la voix sont ses symptômes caractéristiques.

L'aphonie et l'enrouement durent assez longtemps et il est rare que ces phénomènes se dissipent en moins de quinze à vingt jours.

La laryngite aiguë doit être combattue par des sinapismes au-devant du larynx, par des sangsues, par l'émétique ou l'ipécacuanha à dose vomitive, par les gargarismes émollients et par les fumigations émollientes.

Chez les enfants qui succombent, la membrane muqueuse du larynx est

rouge, violacée, l'épiglotte semble épaissie, et les cordes vocales tuméfiées rétrécissent notablement l'entrée du larynx. Dans quelques cas des ulcérations superficielles linéaires peuvent se produire sur les cordes vocales ou dans les ventricules laryngés, mais cela est rare.

La *laryngite chronique* est très rare chez l'enfant à moins de complications de tuberculose pulmonaire. Elle existe sans fièvre, avec de l'enrouement, une altération de la toux et une aphonie plus ou moins marquées.

Quand il y a en même temps phthisie pulmonaire, c'est une laryngite chronique ulcéreuse absolument semblable à celle de l'adulte.

CHAPITRE II.

DE L'ŒDÈME DE LA GLOTTE.

On en trouve quelques exemples dans Billard. L'*œdème de la glotte* est une maladie fort grave, et presque toujours mortelle. Elle commence, comme un simple rhume, par une petite toux qui devient sifflante et par une gêne considérable de la respiration. Il en résulte un état d'asphyxie qui nécessite l'opération de la trachéotomie.

J'en ai vu un exemple censtaté à l'autopsie, et en voici un plus curieux que l'on doit à M. Allain-Dupré.

Observation. — Un enfant de cinq ans paraissait depuis trois ou quatre jours être atteint d'une affection catarrhale avec enrouement, lorsque des accès de suffocation annoncèrent un *œdème de la glotte*. Pendant trois jours on mit en œuvre divers moyens, mais sans résultat. Cependant les menaces d'asphyxie augmentaient ; le pouls était insensible ; le délire survint. On eut alors recours à la trachéotomie. L'opération réussit ; la respiration s'établit peu à peu. Mais elle était constamment troublée par des quintes de toux. Le lendemain amélioration qui alla en augmentant les jours suivants. La canule livrait passage à beaucoup de mucosités expectorées pendant les accès de toux. Au bout de huit jours, on enleva la canule. Aucun accident immédiat ne s'ensuivit ; seulement, les crachats continuaient à être expectorés par la plaie que l'on n'avait pas entièrement fermée, et même, lorsque le malade prenait quelques aliments liquides, les seuls qu'il pût encore supporter, il en sortait une certaine quantité par l'ouverture de la trachée, ce qui fit penser à une perturbation des fonctions de l'épiglotte. On remédia à cet inconvénient par une position convenable. Mais le malade se plaignit de douleurs abdominales, puis rendit plusieurs vers par la bouche, et finit par refuser absolument de prendre de la nourriture. Enfin, il fut pris d'un rhume assez intense ; la toux apparut avec des crachats muqueux très abondants, que bientôt il n'eut plus la force d'expectorer, et le malade mourut le cinquième jour après l'enlèvement de la canule, le treizième après l'opération. A l'autopsie, les poumons étaient pâles et exsangues. Les ramifications bronchiques étaient gorgées de mucus en très grande abondance. L'épiglotte paraissait racornie et n'avait pas son élasticité naturelle. Elle recouvrait difficilement la glotte. Celle-ci, rouge et injectée dans toute son étendue, ne présentait aucune trace de fausses membranes. Les replis supérieurs de la glotte, plus volumineux que dans l'état normal,

étaient ridés et flasques ; et leur boursouflement rendait bien compte d'un ex œdémateux antérieur. Pas de suppuration ni d'ulcération. Les tissus environ nant la plaie étaient indurés, et, dans quelques cas même, ils criaient sous l scalpel. Le tissu cellulaire, également induré, présentait un aspect granulen — Rien du côté des organes de la digestion (1).

CHAPITRE III.

DU CROUP.

Le croup est une phlegmasie aiguë du larynx, caractérisée par l'exsuda d'une fausse membrane à la surface de la muqueuse laryngée. C'était en 1808, l'opinion de Vieusseux, de Valentin, etc., etc. Aujourd'hui, l'idée universellement admise.

On peut discuter sur la nature, sur le siége et sur l'étendue de la f membrane, mais il n'est plus possible de dire avec Guersant (2) : 171 cas de croup, il y en a eu 21 sans fausses membranes. Ces 21 c réputés tels, malgré l'absence d'exsudation couenneuse dans le larynx, autant d'erreurs de diagnostic, Cette maladie tue par *asphyxie* lorsq fausses membranes sont assez épaisses pour obstruer le larynx ou par e *sonnement*, lorsque la suppuration de la muqueuse ulcérée et couve fausses membranes est résorbée et portée dans le sang. Dans le premier y a de l'*anesthésie*, et le second s'annonce en général par une *album* plus ou moins forte.

Le croup est surtout une maladie de l'enfance. Elle est assez rare de l sance à un an. Billard, Dewes, en ont observé des exemples chez des no nés. J'en ai vu un sur une fille de huit jours et un autre sur une enfant mois que nous avons opérée avec Lenoir. C'était la fille d'un de nos co de Paris. Elle est un peu plus fréquente dans la seconde année de la vi commune de deux à sept ans, et elle est de moins en moins répandue à m qu'on s'approche de l'âge adulte. Son maximum de fréquence est de d six ans et on l'observe, quoique très rarement, dans l'âge viril et jusqu le vieillard. Washington en est mort à soixante-huit ans.

Il est un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Ainsi une statistique que j'ai faite, sur 7543 cas de décès par le croup sign vingt-huit ans, à Paris, de 1826 à 1853 inclusivement, il y en a eu 38 les garçons et 3596 sur les filles.

On l'observe surtout dans les pays du Nord, dans les climats froids midés, exposés à de grandes variations de température et à des froids reux, mais le génie épidémique, qui modifie tant nos convictions thé tiques, change également nos idées sur la topographie des maladies. Le

Travaux de la Société de méd. d'Indre-et-Loire.
Dictionnaire de médecine en 30 volumes.

presque inconnu dans le midi de la France et dans l'Italie, commence à se montrer çà et là dans quelques localités, et le mal qui se généralise ici tend également à s'établir dans nos provinces méridionales les plus favorisées sous le rapport de la clémence du ciel.

Le croup ne frappe ordinairement qu'une seule fois le même individu, et l'on comprend qu'en raison même de sa grande mortalité, ses récidives soient très rares. Il récidive cependant, et nous avons opéré sans succès une enfant qui, l'année précédente, plus heureuse, avait une première fois échappé aux périls de la trachéotomie. Mon collègue, M. Bergeron, a également perdu un enfant qu'il avait quelques semaines auparavant guéri une première fois sans opération sanglante. Au reste, Home, Vieusseux, Jurine, nous ont déjà transmis des exemples incontestables de ces récidives, et l'on peut considérer cette question comme définitivement résolue.

C'est une maladie sporadique, épidémique ou intercurrente et liée à des maladies antérieures, principalement à l'angine maligne ulcéreuse, couenneuse ou gangréneuse et aux fièvres éruptives. Je l'ai rencontré cinq ou six fois à la suite de la rougeole, mais c'est surtout pendant ou après la scarlatine qu'il peut apparaître. La coïncidence de cette dernière fièvre avec le croup a été signalée par tous les auteurs, et il n'est personne qui ne l'ait observée au moins un certain nombre de fois. On peut même dire qu'il y a un rapport intime entre ces deux maladies, car si l'on voit souvent la scarlatine suivie d'angine ulcéro-membraneuse et de croup, on rencontre également le croup suivi de scarlatine. De nombreux exemples de ce genre se sont offerts à mes yeux, en 1858 et 1859. Je dirai même que l'épidémie de croup à laquelle nous avons assisté est la suite de l'épidémie de scarlatine qui a régné toute l'année précédente et au commencement de cette année à Paris, tant le rapport entre ces deux maladies me paraît intime. D'abord c'était la scarlatine sans le croup, puis des cas de scarlatine compliqués de croup, un peu plus tard des croups suivis de scarlatine, et enfin le croup tout seul, sans éruption scarlatineuse. La présence de l'albuminurie dans les deux tiers des cas de croup confirme encore ce rapprochement que l'observation attentive des malades avait fait naître.

Le croup, ai-je dit, est une maladie *sporadique*, cela est incontestable; mais il se présente également sous forme d'*épidémie*, fait qui le rapproche encore des maladies générales, et par conséquent de la scarlatine. Le temps est passé où l'on pouvait, avec Guersant, élever des doutes sur le caractère épidémique du croup à Paris. Ce que vous voyez est la preuve du contraire. Ainsi, en 1847, le croup a occasionné 740 décès à Paris, tant à domicile que dans les hôpitaux, et l'année 1858 figurera dans ce nécrologe pour le chiffre considérable de 864.

Dans les années ordinaires, vous savez que, d'après les tables de mortalité que j'ai fait connaître en compulsant les tables de mortalité publiées par M. Trébuchet (1), le chiffre de la mortalité annuelle de cette maladie varie

(1) *Statistique des décès dans la ville de Paris*, dans *Annales d'hygiène*, t. XLII à L.

entre 2 et 300. Il ne saurait donc y avoir de doutes sur la nature épidémique du croup, et nous sommes maintenant placés au milieu de la plus grave et de la plus terrible épidémie qui ait jamais sévi sur la population de Paris.

Vient enfin le fait de la *contagion* toujours fort difficile à établir, et qui n'est pas encore définitivement démontré, nonobstant les affirmations de plusieurs médecins. Si probable que soit la nature contagieuse du croup, analogue sous ce rapport à celle de l'angine couenneuse elle-même, ce mode de transmission n'est pas tellement démontré que vous puissiez le considérer comme incontestable. Rien ne prouve que la multiplicité des cas de croup observés dans le même lieu d'habitation ou dans une même famille, ne soit aussi bien le résultat de l'infection que de la contagion, ni que la maladie n'ait été chez tous l'effet de l'influence épidémique. Si le croup était manifestement contagieux, il devrait infecter nos salles et se transmettre d'un lit à l'autre aux malades voisins ; or, il n'en est rien, et je n'ai encore vu que deux cas de croup développés dans ma salle des maladies aiguës. D'autres se sont développés à l'intérieur de l'hôpital, dans mon service des scrofuleux, mais ces enfants se trouvaient précisément éloignées de ceux qui avaient le croup, elles couchaient et vivaient dans des salles différentes, et n'avaient été en contact immédiat avec aucune personne affectée de la même maladie. Si le croup était fortement contagieux, les cent quarante-quatre cas qui ont été admis dans le courant de 1858 à l'hôpital Sainte-Eugénie, eussent dû en favoriser le développement à l'intérieur : et, je le répète, les cas développés dans nos salles sont assez rares.

Malgré ces faits peu probants, qu'on ne se hâte pas de résoudre la question d'une façon contraire à la contagion, ce serait prématuré, et une pareille conclusion pourrait conduire dans une voie périlleuse, compromettante pour la science autant que pour notre responsabilité. Rien n'établit péremptoirement les propriétés contagieuses du croup, mais aucune observation ne prouve certainement le contraire. Comme d'ailleurs, des faits douteux ont pu faire croire à la *contagion*, et que positivement la maladie se transmet par *infection*, c'est-à-dire au moyen de l'air contaminé, il importe de se conduire toujours dans les familles où il y a plusieurs enfants, comme si la maladie était contagieuse au moyen du contact, et il faut se hâter d'éloigner les frères ou sœurs de l'enfant tombé malade ; qu'il ne reste auprès de lui que les personnes nécessaires pour lui donner, sans crainte d'un danger qui n'existe en quelque sorte pas, tous les soins assidus que réclame sa position.

Lorsque sous l'action épidémique, par suite d'angine maligne couenneuse ou gangréneuse, de scarlatine ou d'une façon toute sporadique, les impressions morbides dont je viens de parler se sont transformées pour former le croup, il se produit deux ordres de phénomènes, les uns matériels et les autres dynamiques. Les premiers constituent les *lésions*, dont je vais faire connaître la nature et l'étendue, et les seconds se révèlent par ce qu'on appelle des *symptômes*.

Lésions anatomiques.

présence de fausses membranes dans les voies aériennes est le caractère tiel et fondamental du croup. Sans le produit de formation nouvelle et e la maladie n'existe pas ou n'existe plus. Les vingt et un cas de croup 'ausses membranes dont parle Guersant père dans la statistique que j'ai citée, ne doivent pas figurer sous cette dénomination.

s fausses membranes se présentent sous forme de pellicules blanches, gri-, caséeuses, plus ou moins élastiques et résistantes, ou de tubes mem-eux représentant la forme de la muqueuse du larynx et des bronches. Elles constituées par de la fibrine coagulée plus ou moins compacte et renfer- des sels de soude et de chaux. Au microscope, elles offrent une grande tité de matière amorphe, de granulations moléculaires, de globules gra-ux d'inflammation, qui ne sont autres que des cellules de pus mal formées, ques globules de sang et surtout çà et là des fibrilles parallèles et plus ou s tortueuses de fibrine coagulée.

Fig. 3. — Diphtérite du pharynx.

Fig. 4. — Diphtérite du larynx.

Examen microscopique des fausses membranes du croup (Laboulbène).

ur siége ordinaire est la muqueuse des voies aériennes. Dans la moitié des lles s'étendent de l'arrière-gorge aux ramifications des bronches, tandis dans l'autre moitié, elles ne dépassent pas le pharynx et la partie supé-e de la trachée. On en trouve aussi dans les fosses nasales, à la face in- de la bouche et des lèvres, sur la surface des vésicatoires et des plaies ntes, la plaie de la trachéotomie par exemple, sur des mouchetures de ouses, ainsi que vient de l'indiquer le professeur Champouillon, sur laies impétigineuses des oreilles et du cou, à la vulve, sur la conjonc- etc., etc.

eur forme représente celle des parties à la surface desquelles on les trouve. s les bronches et dans la trachée, elles constituent quelquefois des tubes

cylindriques ayant la forme et les dimensions de la muqueuse trachéale bronchique.

Observation I. — J'ai vu, dans la nécropsie d'une petite fille couchée n° 15 de la salle Sainte-Marguerite, des fausses membranes étendues de l'arrière bouche au larynx et aux vésicules pulmonaires. L'épiglotte déformée, entièrement couverte par la fausse membrane d'une épaisseur et d'une résistance considérables, était arrondie, semblable au gland découvert de la verge d'un jeune garçon et l'ouverture du larynx doublée d'une exsudation fibrineuse semblable était à peine apparente. Il est rare d'observer une fausse membrane aussi épaisse et amenant une déformation aussi grande des parties.

Dans la bouche, l'arrière-gorge et les fosses nasales, elles sont sous forme de plaques plus ou moins étendues ; sur les amygdales, ce sont des points blancs qui s'élargissent et se confondent en envoyant de forts prolongements dans les cryptes de ces glandes.

Leur adhérence à la muqueuse varie avec leur siége. Dans les voies aériennes, elles tiennent peu, et le *grattage* les détache facilement, fait important qui permet de songer à les détacher sur le vivant au moyen de baleines spéciales ou d'instruments appropriés introduits dans le larynx. Dans la gorge et sur les amygdales, elles sont bien plus adhérentes et on a de la peine à les détacher des follicules dans lesquelles elles envoient des prolongements de ½ centimètre à 1 centimètre de longueur.

Leur face supérieure, libre, est granulée, couverte de mucosités plus ou moins épaisses. Leur face adhérente correspond à la muqueuse et paraît inégale, parsemée de points rouges, de petits trous capillaires semblables à ceux qu'on produit en prenant l'empreinte de la barbe récemment faite avec de la mie de pain.

Ces fausses membranes sont toutes insolubles dans l'eau froide et dans l'eau chaude. Les acides concentrés les crispent et les détachent, propriété qu'on a voulu mettre à profit sur le vivant pour les faire disparaître. Il faut bien prendre garde, en portant ainsi des acides concentrés dans la bouche au moyen d'une éponge ou d'un pinceau, de cautériser les parties non malades ou de faire tomber dans le larynx, ce qui amène la suffocation immédiate, la nécessité de la trachéotomie, et quelquefois le rétrécissement organique du larynx. Je vis en consultation, au boulevard de Strasbourg, un jeune garçon atteint d'angine couenneuse et de croup, que le médecin venait de cautériser avec l'acide chlorhydrique. A peine le pinceau avait-il été porté dans le pharynx qu'un accès de suffocation, poussé jusqu'à l'asphyxie, obligea d'ouvrir la trachée et d'y mettre une canule. Au bout de quelques jours la canule fut enlevée et la plaie ne tarda pas à se réunir; mais bientôt de nouveaux accès de suffocation reparurent, et l'asphyxie imminente obligea de refaire la trachéotomie. Depuis lors, il y a de cela près de trois ans, on ne peut enlever la canule ni fermer la plaie sans amener l'asphyxie en raison d'un rétrécissement du larynx déterminé par l'action corrosive de l'acide chlorhydrique.

Mises au contact des alcalis et de la glycérine, dans un verre à expériences, les fausses membranes sont dissoutes. Cette réaction chimique a naturellement conduit les médecins à employer les alcalis dans le traitement du croup, mais les résultats de cette médication ont été bien loin de répondre aux espérances qu'on avait osé former. Et en effet, est-il possible de placer sur le vivant, les fausses membranes déposées, soit dans la gorge, soit dans le larynx et les bronches, dans les mêmes conditions que celles que l'on place dans un verre à expériences? Peut-on, dans le larynx d'un individu atteint de croup, faire séjourner pendant vingt-quatre heures une solution alcaline? De plus, la pratique de chaque jour nous a montré que les alcalis donnés à l'intérieur sont d'une utilité douteuse ; car le croup est une maladie qui ne laisse souvent pas au médecin le temps d'attendre; elle réclame une médication active qui agisse promptement et qui, pour être efficace, la devance dans sa marche rapide. Or, peut-on compter sur les alcalis absorbés pour agir aussi rapidement?

Etat de la muqueuse. — La muqueuse bronchique et laryngée est rouge, tuméfiée, érodée, quelquefois saignante, et présente à sa surface un pointillé rougeâtre en rapport avec le pointillé des fausses membranes. Dans quelques cas, elle est complétement ramollie, usée ou détruite par l'ulcération, et les cartilages de la trachée sont mis à nu. Cela est rare, et je ne l'ai vu que dans les derniers temps de l'épidémie de 1858.

Là où la muqueuse est recouverte de fausses membranes, son épithélium a disparu.

Elle est toujours érodée, saignante après l'ablation de la pellicule fibrineuse, et il est bien probable que la fausse membrane se développe à la surface de la muqueuse préalablement dépouillée de son épithélium par l'inflammation.

Les bronches contiennent souvent un mucus gélatiniforme, assez épais, et, dans la moitié des cas, il s'y trouve des fausses membranes.

Les poumons présentent des noyaux de pneumonie lobulaire au deuxième et troisième degré, quelquefois de l'apoplexie pulmonaire, des ecchymoses de purpura, et, dans certains cas, nous avons pu constater la présence de minces fausses membranes déposées à leur surface, signe évident d'une pleurésie partielle. On y trouve quelquefois des noyaux d'infiltration purulente métastatique ou du pus en abcès miliaire.

Les reins sont congestionnés, la substance corticale est beaucoup plus rouge qu'à l'ordinaire. Cette hypérémie peut rendre raison de l'albumine que l'on trouve assez souvent dans les urines, surtout à l'époque de la maladie où l'hématose se fait si difficilement, c'est-à-dire dans cette période du croup où le sang n'étant plus soumis à son impulsion physiologique demeure dans les organes et produit ainsi une albuminurie *congestive*. Ce phénomène est si intimement lié à l'intégrité de la respiration qu'il disparaît dès qu'on rétablit les conditions de l'hématose pour reparaître avec la disparition de ces dernières. D'ailleurs, le *croup n'est pas la seule maladie* où nous ayons vu la congestion

passive ou le défaut d'hématose engendrer l'albumine; elle s'observe dans quelques cas de maladie organique du cœur; le choléra, dans sa période asphyxique, nous a donné des urines albumineuses.

Cette modification de la sécrétion urinaire, le purpura, l'apoplexie des poumons et les lésions anatomiques dont je viens de parler, sont le résultat d'une intoxication générale causée par l'exsudation couenneuse, intoxication qui donne une si terrible gravité au croup, indépendamment de l'asphyxie qui en peut résulter. J'ai dit, à cette occasion, que l'empoisonnement diphthéritique, caractérise par l'albuminurie, le purpura, l'apoplexie pulmonaire, deux fois par des *abcès métastatiques du poumon*, et dans un autre cas par des abcès multiples du tissu cellulaire, était l'analogue de la résorption purulente, accompagnée, comme on le sait, d'altérations semblables dans les urines et dans les viscères. Mais je n'ai pas dit que l'intoxication du croup fût le résultat d'une infection purulente. Celui de mes confrères qui m'a attribué cette erreur, a travesti la vérité. En disant que dans le croup et dans les maladies couenneuses de la peau et des amygdales, on trouvait quelquefois, comme dans l'infection purulente, de l'albuminurie, du purpura, des abcès métastatiques, des épanchements séreux de la plèvre, et de l'apoplexie pulmonaire, j'ai annoncé ce qu'aujourd'hui encore je déclare incontestable. Puis, j'ai ajouté qu'il y avait analogie entre ces deux états morbides, et qu'on pouvait les rapprocher l'un de l'autre en tant que caractérisés par un empoisonnement dû à la résorption d'un produit morbide spécial, fibrineux ou purulent, suivant qu'il s'agit du croup ou de l'infection purulente. Ce que j'ai dit alors, je le maintiens aujourd'hui, ayant de nouveau recueilli un grand nombre d'observations qui prouvent la justesse de ce rapprochement.

Une fois chez une petite fille de deux ans j'ai rencontré un véritable œdème de la glotte, assez considérable pour diminuer l'ouverture supérieure du larynx. Tout le tissu cellulaire sous-muqueux de l'épiglotte des ligaments arythéno-épiglottiques était infiltré de sérosité et formait des replis transparents rougeâtres, gélatineux, dus à l'accumulation de sérosité sous la muqueuse.

Symptômes.

Lorsque commence la réaction de l'organisme contre l'impression morbifique qui a engendré le croup, il se produit des phénomènes assez variables suivant le siége de l'apparition des premières fausses membranes, et pour les présenter dans un ordre convenable, en rapport avec l'observation clinique, il convient de les grouper d'après l'âge de la maladie, en *trois périodes*. A cet égard, je suis conservateur de ce qui a été généralement admis par les nosographes, et l'anesthésie que j'ai fait connaître me permettra de soutenir l'excellence de cette division contre ceux qui l'attaquent si légèrement, uniquement pour leurs besoins de controverse. Naguère, en effet, un médecin disait

publiquement : Il n'y a plus trois périodes dans le croup; nous avons changé tout cela ; il n'y en a plus que deux, et la deuxième période, dite de suffocation, doit être confondue avec la troisième dite d'asphyxie, de sorte que, si l'on opère un enfant au premier accès de suffocation, c'est qu'il y avait asphyxie commençante. On ne change pas la nosographie, sans justifier du droit qu'on a de le faire, sans apporter ses preuves, sans publier de travail ayant conquis l'assentiment général, et mes lecteurs penseront comme moi que les périodes d'une maladie ne sont pas à la merci d'un caprice de chacun.

On a, jusqu'à présent, décrit trois périodes dans le croup; personne n'a scientifiquement établi le contraire, et mes observations confirment les anciennes divisions admises par Royer-Collard, Monneret, Grisolle, Valleix, etc. J'admettrai donc ces trois périodes du croup.

La *première* est caractérisée par l'exsudation couenneuse des voies supérieures de la digestion et de la respiration, dans le nez, l'arrière-bouche et le larynx.

La *seconde* est caractérisée par le spasme du larynx et les accès de suffocation.

La *troisième* est caractérisée par les différents symptômes de l'asphyxie, la dyspnée, la cyanose et surtout par l'anesthésie complète ou incomplète que j'ai fait connaître, et dont j'ai observé tant d'exemples.

Ces trois périodes du croup existent dans la grande majorité des cas, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit des malades sur lesquels l'une ou l'autre vient à manquer.

Première période. — Dans les cas ordinaires et les plus fréquents, elle est signalée par des symptômes équivoques, de faible intensité, qui n'attirent pas toujours l'attention des parents et auxquels on ne prend garde que trop tard, lorsque le mal a fait des progrès considérables. Au début, les enfants ont de la *fièvre* plus ou moins bien caractérisée, *avec ou sans frissons*, quelquefois accompagnée de *courbature*, de *malaises*, d'*inappétence* et de *céphalalgie*. Des *fausses membranes* ou des *ulcérations gangréneuses et couenneuses* se montrent sur les amygdales et dans le pharynx sans causer beaucoup de douleur ni de difficulté dans la déglutition, et sous chaque angle de la mâchoire inférieure existe un noyau douloureux, dû à la présence des amygdales malades et tuméfiées. C'est ce que l'on considère souvent, mais à tort, comme un engorgement des ganglions du cou. Malheureusement, dans un grand nombre de cas, ces symptômes et ces lésions passent inaperçus; les troubles dynamiques sont si peu marqués, que les enfants restent debout et continuent à jouer et manger comme dans leur état habituel. Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long, que par l'apparition de nouveaux symptômes, et par l'aggravation du mal qu'on en découvre l'existence, mais il est quelquefois déjà trop tard pour le combattre.

La fièvre, la courbature, l'inappétence et la douleur de gorge ont augmenté, l'enfant *tousse légèrement et sa voix s'est enrouée* ou affaiblie ; et l'on examine

le pharynx et l'arrière-bouche, qui n'offrent rien autre chose que du gonflement et de la rougeur, ou qui sont le siége des désordres graves dont je vais parler.

Quelquefois, il n'y a que du gonflement des amygdales, avec ou sans rougeur vive. Souvent, dans ces cas, on ne trouve point de fausses membranes parce qu'on arrive trop tard ou parce qu'elles ont eu le temps de se détacher ou de descendre dans le larynx. Si l'on eût pu examiner un peu plus tôt le pharynx, nul doute qu'on n'y eût rencontré ce que plus tard on cherche vainement.

Ailleurs, en regardant l'arrière-bouche, on trouve les amygdales, le pharynx, la luette et les parois de la bouche, et plus ordinairement les amygdales et le pharynx, couverts de plaques blanches, laiteuses, résistantes, pseudo-membraneuses, doublant la surface de ces parties. Au début, ce sont de petits points blanchâtres, saillants, ayant pour siége les follicules de l'amygdale. Chacun d'eux s'étend en surface, se réunit au voisin, et forme une couche blanchâtre qui coiffe plus ou moins complétement la glande et s'étend bientôt sur les surfaces voisines. Chez un certain nombre de sujets, l'amygdale est ulcérée, anfractueuse, déchiquetée, couverte de débris blanchâtres ou brun de fausse membrane salie par le sang ou d'eschare gangréneuse, ce que j'ai observé sur quelques malades.

Il faut toutefois prendre garde de s'y tromper et de ne pas considérer comme eschare une fausse membrane noircie par le sang altéré. En effet, il y a quelque temps j'ai pu enlever d'une amygdale, au moyen d'une pince, un fragment noirâtre, situé au centre d'une ulcération tonsillaire et qui ressemblait beaucoup à un morceau de tissu gangrené. En l'essuyant sur du linge et en l'examinant de près, il a été facile de voir que ce n'était qu'un fragment de fausse membrane.

Quelquefois dès cette période s'observe un flux séreux, jaunâtre et fétide par les narines, dont la muqueuse est grisâtre ou érodée. C'est une inflammation couenneuse de la muqueuse nasale, comme il s'en développe également sur d'autres parties du corps, sur un vésicatoire, sur une plaie, à la surface d'un impétigo des oreilles, dans la vulve, sur des piqûres de ventouses scarifiées, etc., etc.

Chez d'autres enfants, la phlegmasie couenneuse débute d'emblée dans le larynx, par de la fièvre, des malaises, de la toux sèche, petite, rauque, et par une altération plus ou moins considérable du timbre de la voix. J'en ai vu deux exemples dans le courant de l'année 1858, et il n'est pas de médecin qui n'en ait vu de pareil. Ce sont des cas assez rares.

Les urines sont légèrement acides ou neutres; souvent claires, et quelquefois rendues opalines, laiteuses, en raison d'une grande quantité d'urate de [illegible] amorphe qu'elles tiennent en suspension ; leur dépôt se dissout par la [illegible]ir, mais si l'on pousse jusqu'à l'ébullition, elles laissent souvent précipiter [illegible]notable quantité d'albumine. C'est le signe d'une infection générale par

les produits septiques de la maladie. Les deux tiers des malades atteints de croup offrent cette altération des urines.

La première période de croup varie beaucoup dans sa durée, qui est souvent assez difficile à préciser, en raison de ce fait que les parents ne s'aperçoivent pas toujours du début réel de la maladie. Elle dure de quelques heures à quelques semaines, et l'on voit des phlegmasies couenneuses persister longtemps dans l'arrière-bouche, avant de pénétrer dans le larynx. Elle est courte quand l'exsudation couenneuse passe rapidement de l'arrière-bouche dans le larynx ou que les fausses membranes se développent d'emblée dans cet organe.

Deuxième période, ou période de suffocation. — Au cortége de symptômes peu alarmants que je viens d'énumérer succèdent de nouveaux troubles ou une aggravation considérable des phénomènes existants.

La *courbature*, le *malaise* et la *fièvre* ont augmenté à ce point que les enfants fortement abattus restent couchés. Leur *déglutition* est difficile, douloureuse, et quelques-uns voudraient ne pas boire. Leur inappétence résulte même quelquefois de cet embarras, beaucoup plus difficile à apprécier chez les enfants que chez les adultes. En effet, dans le jeune âge, les angines ne sont jamais accompagnées de contraction douloureuse appréciable au moment où les boissons et les aliments passent à l'isthme du gosier, tandis que, chez l'adulte, au contraire, la moindre phlegmasie tonsillaire ou pharyngée se trahit à distance par l'allongement du cou en avant et par une contraction douloureuse des muscles de la face et des lèvres.

Avec cette inappétence et cette difficulté de la déglutition, existe *une toux* d'abord sèche et fréquente, puis sourde, rauque et déchirée, ayant un timbre tout spécial. Elle est quelquefois éclatante et sonore. On l'a comparée au chant du coq enrhumé, à la voix d'un jeune chien, etc., etc., mais toutes ces comparaisons triviales n'en donnent qu'une idée insuffisante. Il faut avoir entendu cette espèce de toux pour en juger la nature, mais il faut savoir aussi qu'elle n'a rien de caractéristique et qu'elle peut être produite par une simple laryngite aiguë ou par le faux croup. La modification la plus importante de la toux et que vous pouvez considérer comme pathognomonique chez l'enfant, c'est la toux éteinte empêchée. Quand la toux est accompagnée d'*expectoration*, l'enfant rejette du mucus filant, incolore, aéré, quelquefois muco-purulent, en plus ou moins grande abondance. On y trouve aussi des fausses membranes, mais cela est rare, les concrétions couenneuses sortent plutôt du larynx par les efforts du vomissement.

La *voix* offre dans le croup un caractère qui n'est pas moins important ni moins remarquable que ceux de la toux. Elle est rauque, enrouée ou éteinte. L'enfant est presque aphone, il parle des lèvres seulement, et le timbre de sa voix a quelque chose de métallique. Les phrases sont courtes, et chacune d'elles est suivie d'un petit sifflement d'inspiration, de sorte que l'articulation des mots se fait avec peine. Un peu plus tard, la voix s'éteint complétement.

Aux signes caractéristiques de la voix et de la toux, se joignent une fré-

quence plus ou moins grande de la respiration et du pouls, une gêne excessive des mouvements respiratoires constituant la dyspnée. A chaque inspiration s'observe une dépression xiphoïdienne et sus-sternale en rapport avec les difficultés de l'hématose. Il se fait entendre à distance un sifflement laryngo-trachéal plus ou moins fort, et qui augmente d'heure en heure avec l'obstruction du larynx.

L'auscultation ne donne aucun résultat pratique, à moins de complication inflammatoire développée dans les poumons, et il faut ne jamais avoir bien observé de croup pour dire que la faiblesse générale ou partielle de murmure vésiculaire dans la poitrine soit une raison de recourir à la trachéotomie. Quand on étudie les malades avec soin, il est facile de voir que si, sur un certain nombre, le murmure vésiculaire est affaibli, il en est un certain nombre d'autres chez lesquels il persiste avec assez d'intensité; enfin que sur le plus grand nombre, il y a un *sifflement laryngo-trachéal*, dont le retentissement dans la poitrine empêche toute auscultation. On a aussi prétendu se guider sur la faiblesse et sur l'anéantissement du murmure vésiculaire pour distinguer les cas où il y aurait des fausses membranes dans les bronches d'avec ceux où la persistance du bruit respiratoire indiquerait la perméabilité de leur conduit; mais l'expérience et l'observation n'ont encore rien établi de réel à cet égard. Sauf le cas où un *bruit de soupape* existe dans la trachée ou dans les bronches pour faire admettre un corps étranger membraneux flottant dans ces conduits, je ne connais pas un seul bon phénomène d'auscultation qui permette de reconnaître sûrement le siége et l'étendue limitée de fausses membranes au larynx plutôt que leur extension dans les ramifications bronchiques.

Au bout d'un temps variable, la dyspnée augmente et les efforts d'inspiration deviennent de plus en plus violents; le sifflement laryngo-trachéal ne cesse pas de se faire entendre et il se manifeste chez l'enfant une agitation incroyable. Il ne peut tenir en place, ses bras et ses jambes sortent à chaque instant du lit, il porte quelquefois les mains à son cou comme pour en arracher un obstacle, il se tourne en tous sens et son visage, rouge et couvert de sueur ou pâle chez quelques sujets, exprime la plus vive anxiété. Tout à coup, il, par un mouvement invincible de spasme, il s'élance dans les bras de ceux qui l'entourent; son visage se colore et rougit, il étouffe et cherche un point d'appui à donner aux forces de l'inspiration, le sifflement laryngé augmente, l'on croirait que l'enfant va périr. Tel est le caractère de l'*accès de suffocation* du croup.

Ces accès durent quelques secondes, et alternent avec des rémissions plus prononcées, dans lesquelles la dyspnée persiste avec les caractères que je viens d'indiquer. Ils sont plus fréquents la nuit que le jour, il y en a un plus ou moins grand nombre, trois ou quatre dans les cas ordinaires, mais, comme je le disais, ils peuvent manquer complétement.

Quelle est la cause de ces accès de suffocation intermittente? S'ils étaient

séquence de l'obstacle mécanique apporté à l'entrée de l'air dans le larynx, devraient être continus comme l'action permanente et persistante de la sse membrane. Il n'en est rien. Les accès de suffocation peuvent ne pas ister, et, en tout cas, leur intermittence est acceptée de tout le monde. N'y t-il pas un élément spasmodique ? Je suis disposé à le croire. Soit que l'orsisme fasse effort pour se débarrasser par un violent effort de l'obstacle qui et la vie en danger, soit que, par suite de mouvements respiratoires incomlets, le besoin d'inspirations plus grandes, plus profondes et supplémenires, soit devenu indispensable, un violent et convulsif mouvement de spasme u larynx et des forces inspiratrices se produit pour lutter contre les difficultés le l'hématose. Ce phénomène, qui donne aux malades un aspect pénible à ir, est le signe distinctif de la seconde période qui dure de quelques heures ideux ou trois jours.

Troisième période. — Dans cette période, qui est celle de l'asphyxie *violente* ou *latente*, apparaît un phénomène important qui consiste dans la diminution et dans l'abolition de la sensibilité tégumentaire. En même temps que persistent ou s'aggravent les phénomènes de la période précédente, avec l'aphonie de la voix et de la toux, avec le sifflement laryngo-trachéal, avec une dyspnée très forte, caractérisée par les contractions énergiques des muscles de la face, du cou, des côtes et du diaphragme, avec la coloration rouge du visage qui se couvre de sueur, les lèvres sont bleuâtres, les yeux brillants, la tête rejetée en arrière pour faciliter la respiration; et la sensibilité tégumentaire, d'abord affaiblie sur les membres, diminue ensuite au point de disparaître entièrement. Dans l'asphyxie croupale, avec cyanose de la face ou des lèvres, cela n'a pas d'importance, car le pronostic est facile; mais dans le cas où la dyspnée n'est pas très forte, où il n'y a point d'altération du visage, qui reste pâle nonobstant pendant l'apparence d'un état général fort grave, dans l'*asphyxie latente*, en un mot, l'analgésie et l'anesthésie sont les seuls symptômes qui puissent permettre de reconnaître l'asphyxie. Sous ce rapport, l'importance du phénomène ne saurait être méconnue. Une fois même j'ai vu avec M. Empis une jeune fille affectée d'angine couenneuse et de croup, avec aphonie de la toux et de la voix; elle causait tranquillement du bout des lèvres, assise sur son séant; son visage était pâle et la dyspnée peu considérable, mais l'anesthésie était complète. Nous n'osâmes pas l'opérer. Deux heures après, ses parents l'emmenaient mourante dans un état tel que mon interne ne crut pas devoir lui faire de trachéotomie. Ce fut un tort, car il n'est jamais trop tard pour entreprendre cette opération.

Je pourrais citer encore d'autres cas du même genre, mais qu'il me suffise de dire que, dans le croup accompagné d'asphyxie *latente*, l'*anesthésie incomplète ou complète* est quelquefois le seul symptôme qui puisse révéler le danger de la situation.

Cette *anesthésie*, qui figurera désormais dans l'histoire du croup, explique un fait inaperçu par *tous les chirurgiens qui, dans* cette maladie, ont eu à

faire la trachéotomie, je veux parler de l'immobilité et du peu de résistanc des malades. En rassemblant ses souvenirs, chacun s'est rappelé que les en fants souffraient peu ou pas du tout quand on les opérait, mais nul avant mo n'a songé à rechercher la véritable cause de cette insensibilité toute spéciale La cause en est cependant bien facile à pénétrer, et elle est fort anciennem connue. De tout temps l'asphyxie a été justement considérée comme pouva produire l'insensibilité; Legallois et d'autres expérimentateurs ont mis ce fa hors de doute dans leurs expériences, et chacun pourra s'en convaincre mettant une canule à robinet dans la trachée d'un mammifère. Dès qu'o aura intercepté l'entrée de l'air dans les poumons et que l'hématose aura é suffisamment compromise, l'insensibilité tégumentaire se produira d'ab incomplète, progressivement plus forte jusqu'à sa disparition entière, et o observera ensuite la perte de toutes les sensibilités spéciales, et la mort. L'an thésie tégumentaire préludant à l'anesthésie spéciale de chacun des orga des sens, et à l'anesthésie des sphincters dans le croup et dans les mala des organes respiratoires, est donc la conséquence des difficultés de l'hém tose, et toute maladie susceptible de produire un trouble prolongé dans o fonction pourra provoquer son apparition. Elle dure tant qu'existe l'obst à l'entrée de l'air dans la poitrine, et elle augmente ou diminue d'inte avec l'engouement ou la perméabilité du larynx et des bronches. Plusi fois je l'ai vue cesser peu après l'expectoration de fausses membranes ou mucosités, mais, en tout cas, elle disparaît après la trachéotomie. Tous les fants opérés pour le croup accompagné d'anesthésie recouvrent peu a la sensibilité tégumentaire dès que les fonctions de l'hématose ont pu s' complir.

Il ne faut pas croire que l'anesthésie soit un symptôme du croup, ca serait une erreur. Ce n'est pas autre chose qu'un indice d'asphyxie, car o rencontre dans le catarrhe suffocant. Je l'ai constatée chez plusieurs en atteints de pneumonie lobulaire confluente assez grave pour occasionne mort. Dans un cas elle fut complète et permanente pendant les deux der jours de la vie.

Si le fait même de l'anesthésie dans le croup ne peut plus être contesté, discute encore sur son importance décrétoire. D'aucuns affirment que le p nomène n'est pas constant et ils disent, *à priori*, que l'on compromet la des malades en attendant son apparition pour opérer. Ces objections, insp par les besoins de la controverse, me paraissent sans importance, et l'ob vation ultérieure démontrera qu'elles n'ont rien de sérieux. En effet, l'an thésie incomplète, c'est-à-dire l'analgésie et l'anesthésie complète s'obser dans le croup chaque fois que la maladie se présente avec la forme asphy lles sont en rapport avec le degré d'obstruction du larynx et des bro r les mucosités et par les fausses membranes. Ni l'une ni l'autre n'exi a contraire, dans le croup accompagné de diphthérite généralisée lorsq nfants succombent empoisonnés, et s'éteignent sans asphyxie. Là où o

rencontre, il faut opérer et agir pour faciliter l'hématose, mais si elles n'existent pas, toute trachéotomie sera inutile, cette opération ne pouvant avoir aucun effet contre l'infection générale de la diphthérite.

On entendra peut-être dire aussi que l'on compromet la vie des malades en attendant l'apparition de l'anesthésie pour opérer. C'est là une objection qui n'a rien de sérieux. Nul doute que si l'on devait attendre l'anesthésie complète de la peau et des organes des sens pour agir, c'est-à-dire l'imminence de la mort, on ne s'exposât à laisser périr les enfants faute de soins. Mais c'est un précepte que je n'ai jamais donné. Une simple diminution de la sensibilité tégumentaire, par cela même qu'elle est produite par la difficulté du passage de l'air dans le larynx, est une raison suffisante de recourir à la trachéotomie lorsque le diagnostic est bien établi. La cessation du sentiment de la douleur, c'est-à-dire l'analgésie, est une indication suffisante, et il n'y a pas besoin d'attendre la période du croup pour la voir apparaître. Dès que l'asphyxie a lieu, la piqûre ou le pincement de la main cesse de provoquer le plissement du visage ou le retrait des parties ; l'enfant dira ce qu'on lui fait en déclarant qu'on ne lui fait pas mal ; et si on l'opère, on verra la sensibilité devenir exquise dans les parties où sa diminution aura été constatée. L'affaiblissement de la sensibilité tégumentaire et sa disparition sont, à ce qu'il me semble et autant qu'on en puisse juger par l'observation, les meilleurs indices de l'asphyxie du croup.

Dans cette troisième période de la maladie, l'abattement et la prostration sont presque toujours très considérables ; il y a grande somnolence à chaque rémission du mal ; la fièvre, très vive, est caractérisée par de la soif et par une grande chaleur de la peau, dont la température s'élève dans l'aisselle à 38°, 39° et même au delà de 40° centigrades. L'appétit est complétement perdu ; et soit à cause de ce dégoût des aliments, soit par difficulté de la déglutition lorsque le pharynx est tapissé de fausses membranes, les enfants ne peuvent pas boire, ou ils ne boivent qu'avec peine, en très petite quantité, et il faut lutter avec eux pour leur faire prendre quelques aliments liquides. Ils laissent involontairement couler leur urine, et leurs matières stercorales s'échappent sans qu'ils puissent les retenir ; c'est la conséquence de l'anesthésie et de la paralysie des sphincters.

Outre l'albuminurie déjà constatée à la première et à la seconde période, les urines présentent souvent une altération qualitative déjà signalée par Schwilgué, Royer-Collard, Double, Fleury et Monneret, etc., due à la présence d'une grande quantité de sels. Chez quelques malades, elles sont rendues troubles, blanchâtres, lactescentes, ce qui avait fait croire à Double, à Schwilgué et à d'autres, que la matière des fausses membranes du larynx pouvait être évacuée par la sécrétion urinaire. Je ne combattrai pas cette erreur d'interprétation, qui n'enlève rien à l'importance des faits considérés en eux mêmes, et que la plupart des observateurs modernes ont dédaigneusement passée sous silence, mais je dois confirmer la justesse de ces observations antérieures. On

l'a vu plus d'une fois, les urines rendues blanchâtres, opalines, sont neutres ou légèrement acides, et le précipité abondant qui s'y forme par le repos, se dissout dans l'acide nitrique ou par une faible chaleur. Il est formé de granulations amorphes, très petites, tout à fait semblables à celle de l'urate de soude non cristallisé.

Il y a de plus, dans les deux tiers des cas, une albuminurie plus ou moins considérable, dont j'ai aujourd'hui même deux exemples sous les yeux. Ordinairement, la quantité d'albumine est énorme et facilement appréciable par l'acide azotique et par la chaleur. Il y en a quelquefois près de 80 pour 100. Nous en avons, M. Empis et moi, étudié les causes avec le plus grand soin (1), et ce que nous avons vu confirme en partie, au moins, ce que le docteur Wade a, le premier, signalé sur ce sujet. Qu'on ne croie pas cependant que ce phénomène soit la conséquence immédiate du croup, car ce serait une erreur. On l'observe dans l'angine couenneuse qui n'est pas étendue au larynx, dans la diphthérite cutanée des vésicatoires ou de l'impétigo, sans obstruction des voies respiratoires supérieures. Sous ce rapport, l'albuminurie du croup est un phénomène complexe et qui me paraît devoir être attribué à des causes fort différentes.

Il m'a semblé qu'elle pouvait dépendre : 1° de la scarlatine qui précède, accompagne ou suit le croup ; 2° de l'asphyxie prolongée et de la congestion qu'elle entraîne dans les reins et dans tous les organes ; 3° de la diphthérite elle-même, en tant que maladie générale infectieuse.

1° Chez quelques malades, en effet, j'ai vu le croup, opéré ou non, se compliquer de scarlatine, puis, après l'éruption, apparaître une albuminurie dans les circonstances où elle se montre ordinairement, c'est-à-dire au moment de la desquamation. J'en ai conclu que l'albuminurie scarlatineuse pouvait se produire dans le croup de la même façon qu'elle se développe en dehors de cette maladie.

2° Chez quelques enfants atteints du croup asphyxique, avec cyanose du visage et des membres, congestion sanguine générale, l'albuminurie cesse au bout de quelques heures, dès que, par la trachéotomie, on a rétabli l'hématose et fait disparaître l'hypérémie du cerveau, des poumons, de la peau et des principaux viscères, y compris les reins. Ce sont des cas dans lesquels l'albuminurie semble résulter de la congestion rénale produite par l'asphyxie, et, sous ce rapport, elle ressemble assez à celle que l'on observe quelquefois dans le choléra, dans les maladies organiques du cœur accompagnées de stase sanguine générale, au début de quelques maladies inflammatoires, etc.

3° Dans certains cas, et ce sont les plus nombreux, l'albuminurie semble résulter de l'état général qui accompagne la diphthérite quel qu'en soit le siége sur la peau, dans le nez, sur les amygdales ou dans les voies aériennes, et l'on voit souvent les enfants s'éteindre à la manière de ceux qu'épuise une grande suppuration. Il se fait dans les reins une congestion qui augmente leur volume

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1858.

être plus ou moins profondément leur tissu. Sous ce rapport, l'albuminurie diphthéritique ressemble à celle qui accompagne l'infection purulente et que Félix d'Arcet nous a fait connaître.

Elle indique, dans ce cas particulier, la résorption d'un produit morbide spécial, comme l'autre annonce l'empoisonnement par le pus, et ce qui rapproche encore mieux ces deux variétés d'intoxication, c'est que, dans l'un et dans l'autre cas, on trouve, après la mort, des lésions cadavériques de même nature. Les reins sont le siége d'une congestion qui augmente leur volume et altère plus ou moins profondément leur tissu. Il se fait quelquefois des hémorrhagies dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané et du purpura dans le péritoine ou dans les poumons. Plusieurs fois j'ai rencontré des noyaux d'apoplexie pulmonaire, et, dans deux cas, de petits noyaux d'infiltration purulente au centre d'un lobule apoplectique absolument semblable à ce qu'on voit dans la morve aiguë. Une fois aussi j'ai constaté pendant la vie, chez une fille qui a guéri, des abcès sous-cutanés multiples, au visage, dans la paume de la main et autour des ongles.

Ce sont ces faits qui m'ont engagé à dire que l'intoxication diphthéritique était analogue à l'intoxication purulente ; mais de l'analogie à l'identité il y a bien, et le médecin qui m'a prêté cette opinion me fait dire ce que je n'ai jamais dit.

Cette albuminurie varie beaucoup d'un jour à l'autre comme quantité, et les analyses quotidiennes montrent qu'il y a, sous ce rapport, des différences considérables. Chez quelques enfants, l'albuminurie est *intermittente* et une fois je l'ai vue cesser pendant deux jours pour reparaître ensuite jusqu'au moment de la mort. Dans un autre cas, chez une jeune fille qui a guéri du croup sans opération, l'albuminurie intermittente a été constatée de deux jours l'un pendant une douzaine de jours avant de disparaître entièrement. Ailleurs, l'albuminurie est accompagnée d'œdème des membres, d'anasarque et d'épanchement de sérosité dans les cavités séreuses. Deux fois déjà j'ai vu cette complication, et, dans ces cas, les reins étaient hypertrophiés, en partie jaunâtres et décolorés à la surface, leurs tubes urinifères étaient profondément altérés, privés de la plupart de leurs cellules épithéliales et infiltrés de granulations graisseuses, comme dans le premier degré de la maladie de Bright. Chez ces deux enfants, la maladie n'avait cependant duré que huit et onze jours.

Les trois périodes du croup sont généralement bien nettes et fort distinctes les unes des autres. Elles ne diffèrent que par la durée. La première, dite d'*exsudation buccale et laryngée*, est plus ou moins longue, suivant que les fausses membranes débutent dans l'arrière-bouche, avant de pénétrer dans le larynx, ou selon qu'elles apparaissent d'emblée dans les voies aériennes. La période *spasmodique* des accès de suffocation, ou seconde période, manque quelquefois. Mais cela est très rare, et alors l'asphyxie latente ou apparente se produit peu à peu sans ce cortége d'accidents aigus d'étouffement qui épouvantent tant les familles. La troisième, enfin, ou *période d'asphyxie*, est celle

où les enfants périssent faute d'air, d'une façon violente, avec cyanose et anesthésie, ou, au contraire, le visage pâle, sans dyspnée, mais plus ou moins complétement insensibles, ce qui caractère l'*asphyxie latente*. Cette troisième période manque quelquefois, lorsqu'une rapide intoxication diphthéritique ne laisse pas à l'asphyxie que peut causer le croup le temps de se produire et les enfants succombent sous l'influence de l'infection générale plutôt que par le fait de la lésion locale. Il n'y a, dans ce cas, qu'une grande pâleur de visage, peu de dyspnée, pas d'anesthésie, et si les enfants succombent, le larynx et les voies aériennes sont perméables, de sorte qu'il n'y a jamais lieu, dans ces cas, de faire la trachéotomie.

Formes du croup.

Le croup ne se ressemble pas toujours avec lui-même et il affecte des formes différentes autant par sa cause que par ses différents symptômes, et la diathèse aiguë qui l'accompagne.

Dans leur apparition sporadique, les fausses membranes du croup sont pour ainsi dire localisées dans l'arrière-bouche et dans la partie supérieure des voies aériennes. Elles constituent le *croup asphyxique* qui amène très rapidement l'asphyxie par obstacle mécanique à l'hématose. C'est une maladie simple, la moins grave de celles de même nature que l'on puisse observer.

Ailleurs, la maladie règne à l'état épidémique, avec une gravité exceptionnelle. Les fausses membranes se montrent à la fois dans la gorge et dans le larynx, en même temps qu'il s'en produit quelquefois dans les narines, derrière les oreilles, à la vulve, sur la peau dénudée d'épiderme, etc. *C'est le croup avec diphthérite généralisée*, connu de tous les médecins, et, dans ce cas, l'intoxication de l'organisme joue un rôle plus important encore que l'asphyxie par les fausses membranes laryngées. Les enfants meurent ordinairement empoisonnés, sans que l'asphyxie ait eu le temps de se produire, et la nécropsie montre que le larynx est encore perméable. Dans ces cas, les malades s'éteignent sans cyanose, sans suffocation et sans anesthésie.

On trouvera, enfin, des malades chez lesquels la scarlatine précède ou suit le croup. Les fausses membranes du pharynx sont alors plus molles que dans le croup simple et elles ont souvent cette apparence molle et cette consistance pultacée que tous les auteurs ont jusqu'ici regardée comme le caractère de l'angine scarlatineuse.

Marche du croup.

Le croup est une maladie essentiellement aiguë, dont les progrès rapides ajoutent encore à l'effroi que cause son développement. J'ai vu des enfants arriver en trois jours à la période d'asphyxie, mais ordinairement le mal dure sept à huit jours avant de conduire à cette extrémité. Dans quelques circonstances, il se prolonge beaucoup plus, et, comme j'ai pu le voir en 1858 sur

nt placée dans nos salles, et qui a guéri au moyen de l'émétique, la
a duré plus de trois semaines. Ce que l'on a dit du croup chronique
e sans doute à des cas de ce genre, mais il n'y a pas lieu d'y ajouter
mportance. Jadis on croyait au croup intermittent, revenant à des
es plus ou moins rapprochés, mais il est probable que l'on a consi-
me des croups, la laryngite striduleuse ou faux croup qui revient par
ermittents et qui se reproduit souvent plusieurs fois chez le même
des époques plus ou moins rapprochées. Le croup est plutôt rémit-
ce sens que, guéri momentanément par une première évacuation des
membranes laryngées, il reparaît au bout de trois ou quatre jours,
ne nouvelle exsudation couenneuse du larynx est venue rétablir l'ob-
l'hématose. C'est ce que j'ai vu sur plusieurs enfants.

Complications.

eudamment des variétés de forme du croup, la maladie présente un
nombre de complications redoutables, telles que le coryza couen-
nfection du sang par la diphthérite généralisée, les abcès multiples,
monie, la coqueluche, la scarlatine, la rougeole, la néphrite albumi-
tc.

ine maligne, couenneuse ou gangréneuse, et le coryza sont ordinaire-
point de départ plutôt que l'extension de la maladie, mais leur exis-
nstitue une réelle complication. Elles sont quelquefois la cause d'une
difficulté de déglutition ou chez les nouveau-nés d'un obstacle sérieux
ement. Dans ce cas, les enfants ne peuvent teter, et dès qu'ils pren-
ein, ils étouffent et sont obligés de le quitter à l'instant.

mplication la plus fréquente et la plus dangereuse du croup, celle
s observons à chaque instant sur les malades soumis à notre examen,
pneumonie lobulaire ou lobaire. Elle les fait périr en grand nombre.
d'abord qu'une bronchite caractérisée par des râles sonores, ronflants,
, et muqueux, puis viennent avec la pneumonie le râle sous-crépitant
ffle de l'hépatisation. Elle est souvent la conséquence d'une bron-
eudo-membraneuse qui gagne l'extrémité la plus éloignée des con-
riens.

trouverons encore avec le croup, la variole ou la rougeole, la coque-
a scarlatine régulière ou irrégulière, soit comme maladie antérieure,
me maladie consécutive, enfin, l'albuminurie, l'anasarque et quel-
la néphrite albumineuse, caractérisée par l'hypertrophie et l'anémie
s, avec infiltration graisseuse des tubes urinifères. Plusieurs fois déjà
ons pu constater l'existence de cette complication, qui n'a pas encore
alée. Des enfants ont succombé du huitième au onzième jour ave
que, de l'albuminurie, et les reins volumineux, décolorés
t un ramollissement avec hypertrophie de la subst
es étaient privés d'une grande partie de leurs cellu

et on les trouvait infiltrés d'une grande quantité de granulations g comme dans le premier degré de la maladie de Bright.

Ailleurs le croup est compliqué d'ulcérations couenneuses de la l la muqueuse génitale et des surfaces excoriées de la peau. Cela est car les enfants périssent moins par l'asphyxie qui résulte de la pr fausses membranes, que d'un empoisonnement contre lequel il n'y a

Diagnostic.

Si évident et si facile à établir que soit presque toujours le dia croup, d'après l'aphonie de la toux et la voix, d'après le sifflemen trachéal, d'après la dyspnée et les accès de suffocation, les erreurs sibles, et je n'en veux d'autres preuves que celles dont il a été fai par M. Malgaigne (1). On peut tenir pour certain que des laryngi leuses, c'est-à dire le faux croup qui guérit naturellement en quelqu des laryngites aiguës simples avec broncho-pneumonies ont été opé trachéotomie, et que ce qui est arrivé au maître se produit de tem parmi les disciples. Il faut éviter d'aussi fâcheuses erreurs, surtout gnant le traitement médical du croup, on veut suivre les voies ave de ceux qui osent opérer avant qu'il y ait d'asphyxie. Parmi les mal sibles à confondre avec le croup, je citerai en première ligne le f ou laryngite striduleuse, la laryngite aiguë simple chez les très jeune la trachéite pseudo-membraneuse, l'œdème de la glotte, le catar cant, etc.

Le faux croup est rare à l'hôpital; cependant il s'en présente q des exemples, et, dans ce cas, la maladie offre son type habituel l'enfant, que rien ne faisait considérer comme malade, avait été p coup, pendant le sommeil, à la fin de la nuit, d'un violent accès de s avec sifflement laryngé, de toux rauque et sèche, d'aphonie et de crut à sa fin prochaine et on l'apporta précipitamment dans mes s recevoir les secours que réclamait sa position. Un vomitif suffit pou rasser, et au bout de trois jours elle sortait guérie, en conservant t toux catarrhale. C'est là l'histoire abrégée du faux croup, qui diffère véritable : 1° par l'absence des fausses membranes; 2° par son débu cation subite, au milieu du sommeil et de la santé, pour être suivie catarrhale plus ou moins prolongée; 3° par l'absence d'anesthésie minurie.

Le vrai croup, au contraire, caractérisé par l'exsudation couen voies aériennes, s'accompagne souvent d'albuminurie, et n'arriv degrés à la suffocation et à l'asphyxie avec diminution, ou abolit ète de la sensibilité. La marche progressive des accidents est s re le plus certain. Dans l'un et l'autre cas, on ne devra pas co

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 153, 220, 300.

ation. Le murmure vésiculaire s'entend difficilement; il est tantôt et tantôt affaibli; le plus ordinairement, il est masqué par le siffle- chéal, et il faut n'avoir pas suffisamment bien observé pour croire peut tirer quelque indication de l'absence du murmure vésiculaire roup.

la laryngite aiguë, il n'y a pas d'exsudation couenneuse ni d'albumi- a toux et la voix peuvent être enrouées, rauques, mais non éteintes; n'est jamais entrecoupée par le sifflement de l'inspiration, le bruit trachéal n'existe pas et il n'y a pas d'accès de suffocation, et le mur- siculaire s'entend avec son caractère habituel dans les deux côtés de ne.

est quelquefois trompé en considérant comme croup le catarrhe suffo- bronchite capillaire. La trachéotomie a même été faite dans cette nce, uniquement à cause de l'asphyxie. On pourra éviter cette erreur ppelant que si, dans le catarrhe suffocant, il y a vers la fin une dysp- ssive, avec cyanose et même anesthésie complète, ce que j'ai déjà plusieurs fois, la toux reste grasse, quoique faible, la voix n'est pas il n'y a pas de sifflement laryngé ni d'accès de suffocation, comme croup; et l'auscultation permet d'entendre une telle quantité de râles x et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue des poumons, e méprise me paraît impossible.

Pronostic.

oup est une affection fort grave qui compromet toujours l'existence, st pas sans de justes motifs qu'elle inspire tant d'effroi aux familles et cin. C'est une maladie dont la nature est difficile à neutraliser et dont ns sont souvent impossibles à combattre. Elle est fréquemment mor- ais, cela varie un peu d'après sa forme sporadique ou épidémique, sui- iége et l'étendue des fausses membranes et d'après les complications vent survenir.

mps d'épidémie, le croup est beaucoup plus grave que dans la forme ue, où il offre le plus grand état de simplicité. Il enlève fatalement rt de ceux qui en sont atteints, à moins qu'on ne l'attaque dès le dé- les moyens convenables. L'asphyxie latente ou apparente, l'empoison- de l'organisme par le produit sécrété à la surface des muqueuses et au, les abcès multiples, la bronchite couenneuse, la pneumonie lo- la néphrite albumineuse, etc., etc., sont en général les causes de la

it qui démontre bien toute l'influence pernicieuse de l'action épidé- bien que sa nature reste inconnue, c'est la mortalité variable et plus s nombreuse, observée par séries malheureuses, dans le même endroit, fluence du même traitement et sous la conduite du même médecin.

De pareils résultats n'ont rien de bien encourageant, et ils démontrent que si, par une triste nécessité, on doit recourir à la trachéotomie, il ne faut pas partager les illusions de ceux qui lui donnent des éloges qu'elle ne mérite pas.

De toutes les complications, la plus fréquente et la plus redoutable, c'est la diphthérite, c'est-à-dire l'exsudation couenneuse des fosses nasales, des lèvres, des oreilles, de la peau et des parties génitales. Quand le mal se localise ainsi sur plusieurs parties de la surface du corps, il est rare que la mort n'en soit pas la conséquence. C'est encore à titre de complication que l'on observe la pneumonie lobulaire discrète ou confluente et la pneumonie lobaire, caractérisées l'une par la diminution de résonnance de la poitrine, la dissémination d'une notable quantité de râles sous-crépitant et muqueux dans les deux poumons, et la seconde par de la matité, du souffle bronchique dans l'un et plus rarement dans les deux côtés du thorax. C'est la plus fréquente des complications après la diphthérite; mais elle n'est pas toujours mortelle.

Une circonstance encore peu connue et qui ajoute à la gravité du croup, c'est l'albuminurie abondante et persistante que l'on observe chez quelques enfants. Il en résulte un état de faiblesse considérable, de l'œdème, de l'anasarque, et, comme je l'ai vu sur un grand nombre de malades, la mort avec infiltration graisseuse des tubes urinifères. Au contraire, l'albuminurie, qui tient à l'asphyxie et qui disparaît peu après l'ouverture de la trachée, n'a rien de grave, et l'on peut dire, d'une manière générale, que dans le croup avec albuminurie, la cessation de ce trouble sécrétoire est l'indice d'une guérison prochaine.

Traitement.

Il y a dans le traitement du croup deux méthodes que l'on cherche en vain à opposer l'une à l'autre, la première, *toute médicale*, fort discréditée par ceux qui exagèrent les avantages de la trachéotomie, et la seconde, *chirurgicale*, comprenant les applications caustiques, le grattage, le tubage et la trachéotomie.

Le traitement médical ne mérite pas les dédains dont l'accablent quelques esprits trop sceptiques. Il faut n'être pas au courant des faits de guérison de croup, par les moyens médicaux, publiés dans les recueils scientifiques, pour considérer le traitement médical du croup comme inutile. Évidemment, Louis a eu tort de dire que les saignées et les vomitifs employés dans cette maladie faisaient perdre un temps précieux qu'on pouvait mieux employer en faisant d'abord la bronchotomie. Une pareille doctrine ne pourra jamais prévaloir, et il suffit de rappeler les guérisons obtenues sans opération pour la mettre à néant. Les journaux en sont remplis. Guersant, Bourgeois, Miquel, MM. Cunz, Frize, Gintrac, Forget, Biver, Frelitz, Beringuier, etc., en ont publié de nombreux exemples; et dans le livre de Valleix, on verra que sur 34 cas de croup traités par l'émétique et l'ipécacuanha à haute dose, il y a eu 15 guérisons; tandis que sur 22, où le médicament n'a été donné qu'avec parcimonie, il y a eu 21 morts. M. Nonat a publié 3 cas de guérisons par des moyens semblables; et le docteur Missoux (de Fournoix) a fait connaître que

ıs une épidémie récente, sur 30 cas composés de 8 angines couenneuses 22 croups, avec fausses membranes dans la gorge ou rejetées par le vomis-nent, il n'avait eu que 2 cas de mort. A l'hôpital Sainte-Eugénie, pour 58, il y a eu 145 cas de croup ayant donné lieu à 119 opérations, suivies 98 morts et 21 guérisons; sur les 26 autres enfants, qui n'ont pas été opé-s, il y en a eu 10 qui ont été guéris.

En 1859, on a pu voir dans la même quinzaine trois enfants guéris de cette anière, et l'un d'eux a rendu un tuyau membraneux énorme. Ces faits, aussi en que les guérisons obtenues par M. Droste au moyen du sulfate de cuivre, ux du docteur Constantin déterminés par l'émétique, et tant d'autres, ouvent bien qu'il y a un traitement médical du croup, et doivent engager le édecin à ne pas commencer le traitement par la trachéotomie.

On a dans ces cas, plusieurs indications à remplir : 1° *modérer l'intensité l'inflammation;* 2° *combattre la spécificité de cette phlegmasie et l'infec-n qu'elle entraîne;* 3° *débarrasser chimiquement ou mécaniquement les ies aériennes de leurs fausses membranes;* 4° *enfin ouvrir une voie nouvelle passage de l'air dès que l'asphyxie a commencé de se produire.*

Il fut une époque où l'on croyait arrêter le croup au moyen *des émissions aguines locales*, et pendant longtemps des sangsues furent appliquées au ı des malades dès le début et pendant le cours de la maladie. C'est une ıtique généralement abandonnée et même blâmée d'une façon absolue à ıse du danger des hémorrhagies consécutives. Je ne partage plus ces idées. effet, si les sangsues appliquées dans la deuxième période du croup sont ıtiles pour arrêter les progrès du mal, il n'en est pas de même au début ıs les premières heures de son invasion. A ce moment une application de ıtre ou six sangsues, selon l'âge des enfants, peut être très utile, et l'on ura plus de craintes à avoir sur la possibilité des hémorrhagies consécutives, sque l'on aura à sa disposition ce qu'on n'avait point il y a quelques an-s, d'une part, les serres-fines de Vidal, et de l'autre le perchlorure de fer. peut donc, au début du croup, recourir aux sangsues sans danger, car c'est moyen qui peut arrêter la phlegmasie de la muqueuse buccale et la-ngée.

C'est aussi pour modifier l'activité et la nature de cette phlegmasie que j'ai recours aux *préparations mercurielles*, au *soufre*, aux *alcalins* et aux *ıtérisations*.

Je n'ai pas eu beaucoup à me louer jusqu'ici des bons effets du calomélas à ıtérieur et des frictions mercurielles sur le cou, tant vantées par M. Breton-ıu et ses disciples. Je n'ai point vu de bon résultat par cette méthode; elle aujourd'hui fort peu employée, et il est à craindre qu'elle ne tombe tout à dans l'oubli.

Un remède infiniment préférable, très exalté au commencement de ce siècle bientôt oublié aussi, c'est le *foie de soufre* ou le *sulfure de potasse*. Il agit ıı fois comme altérant et comme *expectorant*. Je l'ai donné plusieurs fois

avec avantage. Ainsi j'ai vu une petite fille, qui avait subi le grattage du larynx, qui en prit pendant plusieurs jours à la dose de 30 et 50 centigrammes par jour. Elle a très rapidement guéri. On trouvera, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, ann. 1860, un article très intéressant du docteur Bienfait (de Reims), où se trouvent relatés un grand nombre de faits de guérison obtenus par cette méthode. Depuis quinze ans, ce médecin n'emploie pas d'autre médicament pour combattre le croup.

Les *alcalins*, doués de la propriété de dissoudre les fausses membranes dans un verre, après une action de plusieurs heures, ont été conseillés comme topiques dans le but de dissoudre sur place les exsudations couenneuses de la bouche et des voies aériennes. Le bicarbonate de soude, le nitrate de potasse, l'ammoniaque, le chlorate de potasse et de soude, etc., ont été conseillés dans ce but, et j'ai employé toutes ces substances en poudre et en solution, sans résultat bien concluant. Ce qui réussit dans un verre à expérience ne réussit pas sur les malades, car les conditions sont essentiellement différentes et le contact de la substance alcaline, quelle qu'elle soit, ne peut être ni assez complet ni assez prolongé pour produire un effet chimique appréciable. Quant à l'usage intérieur, destiné à produire l'alcalinité du sang et la neutralisation de la diathèse diphthéritique, il n'y faut pas trop compter; cependant le bicarbonate de soude, à la dose de 3 à 5 grammes par jour, m'a paru, ainsi qu'à MM. Baron et Marchal (de Calvi), pouvoir être de quelque utilité.

Le bicarbonate de soude et ses propriétés dissolutives de la fibrine ont été mis en honneur, en 1850, par M. C. Baron. Ce médecin ayant remarqué que chez une dame venant de Vichy, où elle avait pris les eaux de manière à être fortement alcalisée, le sang tiré par la saignée ne se coagulait pas, il lui vint à l'idée d'employer le bicarbonate de soude dans la diphthérite et particulièrement dans le croup. Il dit s'en être bien trouvé. Depuis lors son exemple a été suivi par un assez grand nombre d'autres médecins, avec des succès assez divers.

En temps d'épidémie, à l'hôpital des Enfants trouvés, M. Baron donne le bicarbonate de soude, 2 grammes, ou un verre d'eau de Vichy, comme préservatif, et il a un moins grand nombre d'enfants pris dans les salles.

Lorsque la diphthérite s'est manifestée, il donne l'eau de Vichy à plus haute dose; un verre de quinze mois à trois ans; deux verres à trois ans ou le bicarbonate de soude, dans une potion avec du sirop de cerises, à la dose de 4, 5 et 6 grammes pour vingt-quatre heures; chez les adultes enfin on le donne à la dose de 8 et 10 grammes.

Ce médicament doit être continué plusieurs jours de suite, et de manière à entretenir une alcalinité continuelle des urines. Il donne quelquefois une diarrhée, mais cela n'a pas d'inconvénient si le flux est peu considérable; si l'évacuations trop abondantes il faut diminuer un peu la dose ou éloigner le moment de l'administration. On pourrait alors joindre un peu de sucre à la potion pour en faciliter la tolérance.

Après la guérison, il faut encore continuer trois ou quatre jours le bicar-
nate de soude en diminuant la dose, à moins qu'il n'y ait contre-indication
son emploi.

Le chlorate de potasse, conseillé par MM. Herpin (1) et Blache, doit être
onné à la dose de 3 et 4 grammes par vingt-quatre heures dans une potion.
ses succès ne sont pas aussi brillants que dans la stomatite ulcéreuse. Il a
choué dans mes mains, mais il a réussi chez des enfants soignés par des
confrères en qui j'ai une entière confiance, de sorte que c'est là une méthode
employer. Je n'en dirai pas autant des moyens conseillés par M. Ozanam (2)
qui sont relatifs au brome de potassium et à l'eau bromée. Néanmoins, je
apporterai ici les résultats communiqués en 1856 par cet observateur à l'Aca-
mie des sciences.

D'après M. Ozanam le brome serait le remède spécifique des affections
phthéritiques, angines pseudo-membraneuses, croup, muguet. Les bromures
alins, et notamment le bromure de potassium, possèdent également cette
priété.

La théorie des affections diphthéritiques et la recherche des dissolvants l'ont
duit à ce résultat. En effet, les dissolvants des fausses membranes peuvent
diviser en deux classes :

1° Les corps fluidifiants ;

2° Les corps désagrégeants.

Les corps fluidifiants déterminent le ramollissement plus ou moins com-
t de la fausse membrane ; les alcalins ont été décrits comme tels et ils le
nt ; mais plusieurs acides le sont, même à un degré supérieur, comme l'ex-
rience l'indique pour l'acide chlorhydrique.

Les corps désagrégeants durcissent d'abord la fausse membrane, puis la
dent friable au point qu'elle se réduit en poussière sous l'influence du
indre contact.

Ce phénomène de désagrégation moléculaire, le brome seul peut le pro-
re. Le bichromate de potasse, il est vrai, durcit légèrement la pseudo-
mbrane, mais sans la rendre friable. L'iode la durcit et la brunit au point
la faire ressembler à un morceau de cuir tanné, mais elle n'en est que plus
me. Le brome seul détruit la force coercitive, sépare les éléments ; son
ion se montre même sur les pseudo-membranes d'abord traitées par l'iode,
i perdent alors leur couleur brune et leur ténacité pour redevenir friables.

Action du brome sur les fausses membranes. — Une fausse membrane de
centimètre de long sur un demi de large, ferme, élastique, fut plongée dans
verre rempli d'eau bromurée ; elle y resta douze heures. Au bout de ce
, elle n'avait point perdu sa couleur nacrée. la teinte

lu chlorate de potasse comme spécifique. Paris
Mémoire sur l'action curative et prophylacti
membraneuses. Paris, 1859, in-8.

brune du liquide, elle paraissait même plus dure ; mais en la touchant avec un bâton de verre elle tomba tout à coup en poussière extrêmement fine, qui s'écrasait de plus en plus complétement. Au microscope, par un grossissement de 500 diamètres, on trouvait les éléments de la fausse membrane ; mais la force coercitive qui organisait ces éléments avait été détruite, en sorte qu'ils étaient complétement dissociés et réduits en un amas de granulations amorphes. Ce phénomène se reproduisit à chaque expérience nouvelle : c'était une *désagrégation moléculaire.*

Corollaire. — Le brome en solution dans l'eau ne rend point la fausse membrane transparente, il n'agit point comme fluidifiant, mais il modifie la force vitale dans son acte organisateur pathogénique, et détermine la désagrégation de la fausse membrane. Le brome doit donc arrêter et guérir les affections pseudo-membraneuses.

Action du bromure de potassium. — Trois plaques diphthéritiques blanches, fermes, nacrées, recueillies sur les amygdales, sont plongées dans une solution concentrée de bromure de potassium. Au bout de douze heures elles sont complétement transparentes, molles et déjà diffluentes, laissant, quand on les soulève, de longs tractus opalins évidemment formés par les éléments fluidifiés de la fausse membrane. Au bout de trois jours on n'aperçoit plus aucun vestige de la fausse membrane, mais un dépôt blanchâtre, granuleux, qui pendant le repos gagne le fond du vase, et qui est formé par quelques granulations amorphes encore existantes, par des cristaux de bromure de potassium et par les filaments nombreux de l'*oidium albicans*, mucédinée parasite décrite par M. Ch. Robin dans le muguet (1), retrouvée constamment par M. Ozanam dans les fausses membranes de l'angine et du croup, et dont les innombrables sporules disséminées dans l'atmosphère à chaque expiration expliquent la contagion des affections diphthéritiques.

Corollaire. — Le bromure de potassium possédant le pouvoir fluidifiant de la potasse, et la faculté de désagrégation particulière au brome, doit arrêter et guérir les affections diphthéritiques.

Encouragé par ces résultats, M. Ozanam essaya le brome au lit du malade, en commençant par les cas où tout autre remède avait échoué.

L'eau bromurée, récemment préparée à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 150 grammes, doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide bromhydrique.

Le bromure de potassium agit très bien aux mêmes doses.

M. Ozanam a rapporté quatorze observations recueillies en six ans, toutes couronnées de succès, savoir :

Angines pseudo-membraneuses, 11, dont 2 compliquées de scarlatine grave et de gangrène des amygdales ; croup, 2 ; muguet confluent, 1 ; et il termine par le résumé suivant :

Le brome et le bromure de potassium paraissent agir comme spécifiques

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites.* Paris, 1853, p. 488.

dans les affections pseudo-membraneuses. Le brome agit comme désagrégeant, la potasse comme fluidifiant, mais dans tous les cas l'action curative paraît appartenir plus particulièrement au brome, qui, donné seul, s'est montré parfaitement efficace.

On a eu jadis très souvent recours aux *révulsifs cutanés*, c'est-à-dire aux vésicatoires sur le cou, mais ils sont justement abandonnés en raison de la facilité qu'ont les plaies de cette nature à se recouvrir de fausses membranes ou de gangrène pointillée partielle. Je n'en parlerai pas davantage et je vais m'occuper de l'action des *vomitifs* qui constituent, dans mon esprit, presque tout le traitement médical du croup.

L'*émétique*, l'*ipécacuanha* et le *sulfate de cuivre* sont les préparations auxquelles on a le plus fréquemment recours ; mais c'est à l'émétique administré coup sur coup et à très haute dose, jadis consacré par de nombreux succès, qu'il faut donner la préférence. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, d'après Valleix, MM. Marrotte, Nonat, Missoux, Constantin, etc., etc., l'émétique à haute dose peut arrêter la marche de l'asphyxie en provoquant le morcellement et le rejet des fausses membranes.

Si l'on réunit aux trente et un cas de croup bien caractérisés traités par l'émétique à haute dose et qui se trouvent indiqués par Valleix, les trois cas de M. Nonat, les vingt-deux cas de M. Missoux, les cinquante-trois cas du docteur Constantin (de Contre) (1), et six cas qui m'appartiennent, on arrive à un total de cent quinze cas de croup, ayant fourni quatre-vingt-huit cas de guérison et vingt-sept cas de mort. Ces chiffres, qu'il ne faut pas prendre d'une façon absolue, parce qu'ils ne représentent pas le rapport exact de tous les cas de croup traités par l'émétique à haute dose avec le nombre des guérisons, prouvent cependant qu'on guérit par ce moyen un assez grand nombre de malades, et que le croup n'est pas fatalement mortel ni au-dessus des ressources d'un traitement médical.

La plupart des enfants ainsi traités ont rendu des fausses membranes, et je conserve dans des flacons remplis d'alcool toutes les tubes membraneux quelquefois énormes et ramifiés, qui ont été rejetés par les enfants que j'ai guéris.

Toutes les fois que, par cette méthode, les enfants peuvent vomir, il y a lieu de croire qu'on pourra les sauver sans opération. Si, au contraire, ils ne vomissent pas et ont de nombreuses garderobes, il y a peu d'espoir de les guérir par ce moyen.

Quand on veut employer l'émétique contre le croup, c'est à haute dose, et coup sur coup, c'est-à-dire de demi-heure en demi-heure qu'il faut le faire prendre. Comme l'a dit Valleix, l'émétique et les vomitifs donnés avec parcimonie ne réussissent pas, et il cite à l'appui de cette proposition vingt-deux cas ainsi traités, sur lesquels il y a eu vingt et un morts et seulement une guérison.

La formule que j'ai l'habitude d'employer et qui récemment m'a donné

(1) *Gazette des hôpitaux*, 16 octobre 1858.

quatre guérisons sur six malades à la fin de la deuxième période et au commencement de la troisième, est la suivante :

Potion gommeuse.....	125 grammes.
Sirop diacode.....	15 grammes.
Émétique.....	50 centig. à 1 gram.

Par demi-cuillerée à bouche et de demi-heure en demi-heure.

Dans aucun de ces cas l'émétique n'a produit d'accidents cholériformes, ni de prostration, et tout en admettant qu'il se rencontre des natures qui puissent être malheureusement influencées par le remède, il n'y a pas lieu de se préoccuper outre mesure de ces accidents, qui sont fort rares, et qu'on n'observe pas plus que dans la pneumonie ou dans la chorée traitée par cette préparation.

Quelques personnes, à l'exemple d'Albers, de Hufeland, associent l'*ipécacuanha à l'émétique;* cela peut être bon, et je n'ai aucune raison de m'élever formellement contre ce mélange. Cependant, si l'émétique seul, à haute dose et coup sur coup, donne, par son action vomitive et contro-stimulante, des effets aussi constamment avantageux que ceux que je viens de faire connaître, il vaut mieux y recourir d'une façon systématique et sans modifier la formule de son emploi.

C'est encore à titre de vomitif et même de spécifique qu'on a eu recours au *sulfate de cuivre.* Droste, Frelitz, Beringuier, etc., le vantent avec une sorte d'enthousiasme, et ils le donnent soit à petite dose, au début de la maladie, pour en arrêter les progrès, soit à la dose de 20 ou 40 centigrammes, comme vomitif pour expulser les fausses membranes, ce qui a eu lieu plusieurs fois. On rapporte un certain nombre de succès à l'appui de cette méthode, que j'ai rarement employée, mais là où je l'ai mise en pratique, elle ne m'a point donné des résultats assez favorables pour m'imposer l'obligation d'y recourir de nouveau.

M. le docteur Jodin, faisant rentrer le croup et les angines couenneuses ou croupales dans les affections parasitaires, n'admet pour tout traitement que de simples *applications parasiticides;* à cet effet, *le perchlorure de fer* lui paraît l'agent le plus propre à mettre en usage. Son action sur les fausses membranes enlevées de la gorge des malades a été récemment étudiée par M. Gigot qui a constaté ce qui suit :

Une pseudo-membrane fraîche ou conservée dans l'alcool, mise en contact avec du perchlorure de fer, diminue de volume et est en quelque sorte momifiée. D'un autre côté, en versant quelques gouttes de perchlorure de fer sur une portion de couenne préalablement dissoute dans une solution concentrée de bicarbonate de soude ou d'iodure de potassium, on voit que la matière albumineuse résultant de la dissolution de la pseudo-membrane, se coagule à la manière du liquide sanguin traité de la même manière.

M. Gigot (1) a traité dix malades par les applications de perchlorure de fer; un enfant de quatre ans a succombé par suite de l'extension de la diph-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1858.

ıu larynx. Des neuf autres malades, il y en a eu deux chez lesquels le
rure de fer a été remplacé au bout de deux jours par le bicarbonate
le. Chez ces malades, les pseudo-membranes se reproduisirent entre
application de perchlorure de fer, mais elles s'enlevaient toujours faci-
Enfin, chez les sept derniers malades, l'angine s'est arrêtée en quel-
urs. Il n'a jamais été fait plus de deux applications de perchlorure de
les vingt-quatre heures.
its observés jusqu'ici ne sont pas assez nombreux pour conclure en
le l'efficacité du perchlorure de fer sur la laryngite diphthéritique.
nt, prenant en considération les observations de M. Gigot, le perchlo-
fer employé contre l'angine couenneuse me semble digne de l'attention
iciens, si ce n'est comme parasiticide, du moins comme substance
ment astringente. De son côté le docteur Aubrun l'administre à l'inté-
a dose de 6, 10 et 12 grammes dans de l'eau sucrée, pour 14 heures.
n être bien trouvé, mais les succès ne sont pas encore assez nombreux
er cette médication.

Traitement chirurgical.

aitement chirurgical du croup varie avec les périodes de la maladie.
t, lorsque les fausses membranes développées dans le pharynx ou sur
gdales n'ont pas encore envahi le larynx, il faut essayer d'arrêter l'ex-
du mal au moyen des caustiques ou de l'abrasion des amygdales.
austiques, dont l'action est trop souvent inutile, me paraissent rendre
fois de réels services lorsqu'ils sont appliqués avec prudence et dis-
ent. Le nitrate d'argent fondu en crayon, et solidement fixé, doit être
mis en usage pour cautériser profondément toutes les parties de la
se recouvertes de fausses membranes, en évitant les parties saines.
ion doit être répétée deux ou trois fois dans le jour, quelle que soit
ance de l'enfant. A cet égard, il est bon de faire maintenir avec soin
aides, pour agir convenablement et pour ne pas laisser tomber le bout
on dans le pharynx. Si cela arrivait et que le nitrate d'argent fût avalé,
ait faire prendre immédiatement un peu d'eau salée, et l'accident
pas de suites.
rayon peut être remplacé par une solution de 15 grammes de nitrate
t pour 15 grammes d'eau distillée, que l'on emploie au moyen d'un
rceau de charpie suffisamment exprimé.
cides nitrique et chlorhydrique concentrés peuvent être employés dans
e but au moyen d'un pinceau de charpie, mais il faut que le bout du
ne soit pas très volumineux pour ne toucher exactement que les parties
ésire cautériser. En outre, il doit renfermer
risation des lèvres de la glotte et une sul
l'an dernier, une jeune enfant qui avai
on médecin avait imprudemment cautér

Il en était résulté une suffocation immédiate et l'obligation de faire aussitôt la trachéotomie. Le résultat fut d'abord satisfaisant ; on put enlever la canule et obtenir la cicatrisation de la plaie. On pouvait considérer l'enfant comme guérie, bien qu'elle conservât un peu de gêne pour respirer. Tout à coup, elle suffoque de nouveau, et la crainte de l'asphyxie oblige à remettre une canule dans la trachée-artère. Elle y est encore, sans qu'on puisse savoir quand on pourra l'enlever. Il existe un rétrécissement du larynx, que j'attribue à une forte cautérisation par l'acide chlorhydrique.

Le fer rouge a donné de grands succès à M. Valentin (de Vitry), et à plusieurs confrères qui ont bien voulu l'imiter. C'est un moyen qui me paraît devoir être utile si le mal est encore limité et s'il n'y a pas d'hypertrophie des amygdales. Je ne l'ai employé qu'une fois, et, bien que la tentative n'ait pas été heureuse, je crois que cette méthode pourra rendre des services.

Enfin, quand l'angine couenneuse, qui signale ordinairement le début du croup, est accompagnée de l'hypertrophie des amygdales, on devra faire l'amputation de ces glandes, opération facile, déjà faite sur 13 malades et toujours avec succès, sept fois par moi, une fois par M. Domerc (de Paris), deux fois par M. Simyan (de Cluny), et trois fois par le docteur Speckhahn (de Renwez).

Cette opération a pour avantages :

1° De débarrasser le pharynx de deux corps étrangers volumineux, les amygdales, qui gênent la respiration, font obstacle à l'hématose, et quelquefois affaiblissent le murmure vésiculaire jusqu'à disparition presque complète ;

2° De donner lieu à une petite hémorrhagie très salutaire ;

3° D'arrêter la marche progressive, envahissante, de l'angine couenneuse encore à l'état de *maladie localisée*, et de constituer un excellent moyen préventif du croup ;

4° D'extraire la totalité du mal, lorsqu'il n'a pas eu le temps de se généraliser ni d'infecter l'organisme, car, après cette amputation, les fausses membranes ne se sont, dans aucun cas, reproduites sur la surface coupée.

Lorsque le croup est bien confirmé, c'est-à-dire lorsque les fausses membranes ont envahi le larynx, on peut cautériser l'intérieur de cet organe avec une solution concentrée de nitrate d'argent, soit au moyen d'une éponge fixée au bout d'une baleine courbe, soit au moyen du cathétérisme du larynx avec la sonde de M. Loiseau. L'enfant étant bien maintenu par des aides, on fait ouvrir la bouche avec une cuiller, et l'on porte rapidement dans le pharynx le doigt indicateur gauche protégé par un anneau métallique couvrant la deuxième et la troisième phalange, de manière à chercher l'ouverture supérieure du larynx et à guider la sonde que porte aussitôt la main droite dans les voies aériennes. Un bruit de trompette annonce que l'on est bien dans le larynx et non pas dans l'œsophage. Il est alors facile d'y injecter une solution de nitrate d'argent ou de tannin, d'y insuffler des poudres alcalines, ou encore d'y porter par le même procédé une sonde terminée par une olive métallique fenêtrée, remplie de nitrate d'argent solide.

procédé, qui a plus d'inconvénients que d'avantages, si l'on prétend iser l'intérieur du larynx, a en revanche une réelle utilité dès qu'on age comme moyen mécanique propre à détacher les fausses membranes urface muqueuse. En effet, les fausses membranes dont il peut favoriser sion, sont décollées plutôt par le frottement de la sonde que par l'action ustiques employés, toujours trop faibles pour amener ce résultat; et, e part, dans mes observations, j'en trouve plusieurs où la simple appli- de mon tube a fait sortir des fragments membraneux assez considéra- e crois, en effet, que le *grattage* du larynx est un moyen à ne pas ner et à mettre en pratique avant de recourir à la trachéotomie. Je l'ai ssir dans mon service sur une jeune fille que l'interne de garde allait , et qui en fut empêché par le directeur de l'hôpital, afin de me laisser ps d'arriver. Le grattage du larynx avec une sonde garnie à son extré- e plusieurs bourrelets métalliques, amena quelques fragments de fausses ranes, et un vomitif suivi de potions au foie de soufre, achevèrent sa on. C'est un moyen déjà conseillé par Dupuytren, qui le pratiqua, je sur le fils du mameluck de l'empereur, au moyen d'une petite éponge u bout d'une baleine. Les empiriques des campagnes y ont quelquefois s à l'aide d'un petit poireau garni de ses racines; et M. Caffe a tout nent publié deux faits de guérison obtenus de cette manière. Il y a, ette méthode, quelque chose de bon à prendre; et avant de recourir à héotomie, il convient d'essayer la désobstruction des voies aériennes, r le grattage avec une sonde garnie de bourrelets, soit par l'extraction des fausses membranes au moyen d'une pince à deux branches cour- issant dans une tige souple faite avec un ressort élastique.

s ces moyens peuvent rester inutiles. La présence des accès de suffoca- a rudesse du sifflement laryngé, quelquefois la cyanose, l'anesthésie entaire, etc., montrent que l'hématose se fait incomplétement, et qu'il toute nécessité ouvrir un passage à l'air. C'est le moment de recourir oyens chirurgicaux destinés à favoriser l'introduction de l'air dans les ériennes.

Trachéotomie. — Tubage du larynx.

a deux moyens de donner passage à l'air, l'un qui consiste à ouvrir le ou la trachée pour y placer une canule double dont l'intérieure est à changer: c'est la *trachéotomie;* l'autre qui se borne à placer dans le un petit tube cylindrique que l'on porte directement à l'aide d'une introduite par la bouche, comme si l'on voulait faire le cathétérisme gé : c'est ce que j'ai appelé le *tubage du larynx* (1).

bage du larynx. — Il a été pratiqué sept fois, et par le tube mis dans

E. Bouchut, *Du traitement du croup par le tubage du larynx* (*Comptes rendus cadémie des sciences*, et *Gazette des hôpitaux*, 1858). — On y trouvera les ob- ions détaillées des expériences faites sur ce sujet.

le larynx, la respiration a pu se faire ; des fausses membranes ont pu être rejetées au dehors, mais obstruée par des mucosités, la respiration s'embarrassait de nouveau et il fallait recourir à la trachéotomie. Il aurait fallu pouvoir employer un double tube dont l'intérieur facile à changer pût être fréquemment renouvelé, mais cela n'a pu être fait. Quoi qu'il en soit, ce tube a pu rester deux jours dans le larynx sans causer d'inconvénients. En voici la preuve dans l'analyse des premières opérations de tubage que j'ai faites.

Première opération. — Une petite fille, atteinte de diphthérite et de croup à la période d'asphyxie, étant arrivée à l'hôpital, je lui tubai le larynx, pensant bien que cette manœuvre ne compromettait rien, et que si l'asphyxie continuait, il serait toujours temps d'ouvrir un passage à l'air par la trachéotomie. La canule est restée en place dans la glotte durant trente-[illegible] heures, sans amener de suffocation ni gêner les fonctions de l'épiglotte, et les phénomènes d'asphyxie, tels que la cyanose, la suffocation et l'anesthésie, ont cessé pour faire place à une respiration plus facile, à une sensibilité normale et à une teinte rosée naturelle de la peau.

Le larynx a pu être ainsi désobstrué de ses fausses membranes. Malheureusement la diphthérite existait aussi dans le nez, aux oreilles et sur la surface d'un vésicatoire du bras, jadis placé pour un catarrhe bronchique habituel à l'enfant. L'empoisonnement diphthéritique augmenta rapidement, ce qui joint à une pneumonie lobaire droite développée pendant la nuit qui suivit le tubage de la glotte, occasionna la mort. Le croup était guéri, et l'application de la canule avait produit ce qu'on pouvait attendre d'un instrument de cette nature. Il avait empêché l'asphyxie et avait évité une opération grave, la trachéotomie, que la marche des accidents aurait rendue inutile.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de trois ans et demi affecté d'angine couenneuse et de croup, avec commencement d'asphyxie. La respiration était râpeuse, sifflante, sèche ; la toux faible et rauque ; la voix complétement éteinte, le visage animé, rouge, congestionné ; la sensibilité encore assez grande ; l'agitation très grande, mais sans accès de suffocation.

Je lui tubai le larynx et mis très aisément la canule dans la glotte, à la seconde tentative, en moins de deux ou trois minutes.

Il n'y eut pas d'accès de suffocation, et l'enfant put boire sans que les liquides tombassent dans les voies aériennes. Des fausses membranes tubulées d'un large diamètre, et provenant de la trachée et des bronches, purent sortir à travers le tube mis dans la glotte, sans que les efforts de toux aient déplacé l'instrument, qui est resté quarante heures en place sans s'obstruer, et sans avoir été changé une fois au moment de la visite.

Au bout de ce temps, les accès de suffocation et d'asphyxie, retardés de deux jours par l'application de la canule glottique, reparurent. J'étais absent, mais les internes de l'hôpital, réunis, pensèrent, comme je l'avais déclaré le matin d'après les signes fournis par l'auscultation, qu'il y avait des fausses membranes dans les bronches, et conséquemment un obstacle considérable

-dessous de la glotte. Ils regardèrent la mort comme imminente, bien qu'il eût pas encore d'anesthésie, et la trachéotomie fut faite. Par cette ouver-e sortit une petite fausse membrane bronchique plus petite que celles qui ient été expulsées spontanément par la virole glottique, et mes jeunes con-res purent constater que ma canule, non obstruée, était à sa place dans la tte, maintenue sur la corde vocale inférieure : l'enfant guérit.

Ces faits abrégés suffisent pour montrer qu'il y a moyen d'arriver par le ynx et sans opération sanglante à suppléer la trachéotomie ; il faudrait pour-vre ces recherches en arrivant à trouver un mécanisme qui permît de ttre dans le larynx deux tubes concentriques dont l'intérieur pourrait être lement renouvelé. C'est un problème que je ne désespère pas de résoudre.

Trachéotomie. — A défaut de toute autre ressource, la trachéotomie est le l moyen à mettre en usage contre l'asphyxie du croup. C'est ce que j'ai jours professé même en essayant de m'en dispenser par le *tubage*, car, sai ne réussissant pas, je faisais pratiquer *l'ouverture de la trachée.*

La trachéotomie est fort ancienne. Connue et pratiquée dès les premiers ps de la médecine, puis oubliée et remise en honneur contre les corps ngers du larynx, elle n'avait jamais été opposée à l'asphyxie du croup. st au commencement de ce siècle qu'elle a été pratiquée dans ce but, long-ps avant M. Bretonneau à qui on en rapporte injustement l'honneur.

Ainsi elle a été faite sur une enfant atteinte de croup nommée Montillier Maunoir en 1802 (1), par Guérin (de Bordeaux) en 1806 (2), par Petit Lyon) en 1809, par Bonnafox en 1812 (3), enfin, par Caron, ce chirurgien l'hôpital Cochin qui la regardait comme le seul traitement à opposer au ap. Caron était même si convaincu après deux opérations infructueuses, l publia un livre sur le croup et qu'il proposa un prix sur la trachéotomie. sont ces faits qui ont inspiré M. Bretonneau et ses disciples. Il est bon on le sache, afin de rapporter à chacun ce qui lui appartient.

Pendant de longues années la trachéotomie n'a eu que des insuccès. Tant on ne mettait qu'une seule canule dans la trachée, son obstruction par des osités empêchait les enfants de guérir, mais la double canule de Martin ployée par M. Bretonneau, a permis d'obtenir quelques guérisons.

Il y a deux manières de pratiquer la trachéotomie. L'une très expéditive s laquelle on accroche et relève le cartilage cricoïde avec un *ténaculum nelé sur le dos* de manière à pouvoir conduire un bistouri dans sa canne-e et couper d'un seul coup la peau, le tissu cellulaire et la trachée aussi fondément que cela est nécessaire à l'introduction de la canule. Elle a été ployée par M. Chassaignac.

En voici le manuel opératoire : lorsque l'arbre aérien est solidement fixé moyen du ténaculum cricoïdien, il n'y a aucune difficulté, malgré l'audace

(1) Valentin, *Traité du croup*, p. 63 et Vieusseux, p. 258.
(2) Valentin, *loc. cit.*, p. 635.
(3) *Mémoire sur le croup*. Paris, 1812.

apparente de cette manœuvre, à plonger sans hésitation le bistouri dans la trachée en se guidant sur la cannelure que présente ce nouveau cathéter.

On divise alors d'un seul coup les trois ou quatre anneaux de la trachée dont la section est indispensable pour l'introduction de la canule. Cette section peut se faire impunément chez l'adulte avec le bistouri ordinaire. Chez l'enfant, il est de rigueur d'employer le bistouri mousse aussitôt qu'une voie suffisante lui a été ouverte.

L'exécution de cette partie du manuel opératoire est tellement simple et facile qu'on pourrait, à la rigueur, se dispenser de tracer aucune règle à cet égard.

Saisissant le ténaculum de la main gauche, attirant en avant le cartilage cricoïde, et par conséquent la trachée, puis présentant le bistouri adossé à la convexité du ténaculum, le chirurgien le plonge, par un mouvement de ponction dans la trachée, immédiatement au contact du point où le ténaculum est implanté, et divise le conduit d'un seul coup en même temps que la peau.

Immédiatement après cette première ponction, on introduit dans la petite plaie un bistouri boutonné et on incise, en suivant la ligne médiane, tous les tissus depuis la peau jusqu'à la trachée, dans une étendue de 2 centimètres environ.

Il est facile de comprendre qu'une fois le cartilage cricoïde accroché à l'aide du ténaculum, rien n'est plus facile que la section des anneaux de la trachée. Toutefois, il peut arriver que l'anneau cricoïdien, sous l'influence du mouvement de descente que présente parfois le conduit aérien, subisse un abaissement considérable. Eh bien! quand le ténaculum est solidement implanté dans le lieu indiqué, l'opérateur domine tellement la position qu'il peut, non-seulement attirer en avant la trachée, mais la remonter assez pour pouvoir, sans danger, diviser quatre ou cinq cerceaux cartilagineux s'il le juge convenable.

Lorsque l'on pratique la section des anneaux de la trachée, c'est l'opérateur lui-même qui doit tenir l'érigne avec la main gauche, tandis qu'avec la droite il pratique l'incision. Il ne peut appartenir qu'au même individu de coordonner la situation de la trachée avec les exigences de l'incision. L'aide le plus adroit et le plus intelligent ne pourrait suppléer l'opérateur à cet égard.

Quelquefois, quand on pratique la trachéotomie chez de très jeunes sujets ou chez des sujets dont le cou est très court, l'incision longitudinale n'a pas assez d'étendue, et, comme la présence du dilatateur qui écarte transversalement les lèvres de l'incision tend encore à en diminuer la longueur, on a de la peine à introduire la canule. Il faut alors agrandir l'incision longitudinale. Mais il peut arriver qu'on craigne de débrider vers le sternum, parce qu'on atteint la limite qu'il serait dangereux de dépasser du côté de cet os. Dans ce cas, c'est sur la commissure supérieure de la plaie qu'il faut agir, c'est dans ce dernier sens qu'il faut opérer le débridement.

Cette méthode a l'inconvénient d'exposer à l'hémorrhagie par la section des grosses veines thyroïdiennes qu'on peut éviter quand on incise les tissus couche par couche, et elle peut par l'immobilité du larynx hâter l'asphyxie. Néanmoins sa rapidité offre quelques avantages qu'on ne saurait méconnaître.

La méthode ordinaire, plus lente dans son exécution, est plus sûre dans ses résultats. C'est celle de M. Trousseau.

L'enfant est couché sur une table couverte d'un matelas et la tête renversée sur un oreiller roulé en billot résistant. Un aide tient la tête, un autre les mains à la partie inférieure du corps, enfin un troisième aide l'opérateur en écartant les bords de la plaie ou abstergeant le sang avec des éponges. Les aides sont quelquefois inutiles quand l'anesthésie est complète, car les enfants ne font aucun mouvement pour se défendre.

Un bistouri droit, un bistouri boutonné, des érignes mousses, des pinces à torsion, des fils à ligature et un flacon de perchlorure de fer contre l'hémorrhagie ; des doubles canules garnies de leurs rubans et passées sur un morceau de taffetas gommé ; un dilatateur et une sonde en caoutchouc sont nécessaires.

L'opérateur, placé à la droite du malade, incise la peau sur la ligne médiane au-devant de la trachée dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Il coupe le tissu cellulaire jusque sur l'interstice des muscles sterno-thyroïdiens et là il écarte les muscles avec les érignes mousses pour aller plus profondément ; son aide en fait autant de son côté. Il arrive ainsi sur les plexus veineux thyroïdiens qu'il tâche d'écarter avec des crochets ou qu'il lie à droite et à gauche pour couper au milieu. Quelquefois se présente un pont de communication entre les deux lobes du corps thyroïde. On le coupe et on arrive enfin sur la trachée.

Après s'être assuré qu'il est bien au milieu de la trachée, l'opérateur met à nu trois ou quatre cerceaux cartilagineux par le grattage, et fait une ponction qu'il bouche avec le doigt lorsqu'un sifflement annonce l'aspiration de l'air et du sang dans les bronches. Saisissant alors le bistouri boutonné, il l'introduit dans la plaie de la trachée et agrandit par en bas. Il introduit aussitôt le dilatateur, écarte les bords de la trachée qui a été ouverte, fait asseoir l'enfant pour le laisser rejeter du mucus, du sang, quelquefois des fausses membranes, et peu d'instants après il place la canule dont il attache les cordons derrière le cou.

Accidents de l'opération. — Quelques enfants succombent pendant la trachéotomie, soit parce qu'on n'a pas opéré assez vite, soit par hémorrhagie, soit par introduction de l'air dans les veines, soit enfin par syncope naturelle. Cela est arrivé plusieurs fois dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, et en ville à des médecins fort expérimentés. Cet accident est un des plus pénibles, et chacun sentira comme moi tout ce que peut avoir de douloureux une opération inachevée dans laquelle on ne rend qu'un cadavre à la famille. C'est une émotion que je ne souhaite à personne.

En cas d'hémorrhagie des veines ou des artères thyroïdiennes, si le vaisseau est apparent il faut en faire la ligature. Dans le cas contraire, il convient d'appliquer le doigt sur le lieu d'où le sang s'écoule, tout en continuant l'opération. Si l'écoulement était trop fort, on pourrait aussi l'arrêter au moyen d'une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer. Il n'y a pas beaucoup à s'effrayer de ces hémorrhagies, car elles s'arrêtent ordinairement peu après l'ouverture de la trachée.

Après l'opération, les jours suivants, la plaie peut devenir gangréneuse ou se recouvrir de fausses membranes. C'est l'occasion de cautériser fortement ces parties avec le nitrate d'argent, avec l'acide chlorhydrique ou avec le fer rouge.

Il arrive quelquefois que l'angle inférieur de la plaie par sa position déclive, garde en réserve le pus sécrété par les parties supérieures. Cela est fâcheux, et il faut y faire attention pour éviter ce qui m'est arrivé ainsi qu'à d'autres confrères, je veux parler du décollement des parties molles sous-sternales et de la formation d'un abcès dans le médiastin antérieur.

Quand les enfants ont reçu beaucoup de sang dans les bronches et restent en demi-syncope après l'ouverture de la trachée, il faut attendre avant de mettre la canule qu'il y ait un peu d'amélioration dans leur état. On reste en écartant les lèvres de la trachée par le dilatateur et en faisant jeter de l'eau fraîche au visage. De l'air frais sur la figure, l'insufflation naturelle dans les narines, sur les lèvres ou l'insufflation méthodique avec une sonde dans la trachée peuvent être très utiles. Au bout de quelques instants tous ces phénomènes se dissipent et on peut mettre la canule.

Accidents après l'opération. — Les enfants, un instant soulagés par l'opération qui a donné passage à l'air et facilité l'expulsion des fausses membranes, peuvent retomber rapidement dans un état de dyspnée considérable. C'est que les fausses membranes se sont reproduites au-dessous de la canule, ce qui arrive quelquefois en vingt-quatre heures, ou bien se sont propagées dans les bronches, ou enfin que l'opération a par elle-même engendré une pneumonie lobulaire. Cette terminaison, de beaucoup la plus fréquente, est celle qui fait périr un très grand nombre d'enfants.

Dans quelques cas on voit l'enfant très soulagé reprendre belle apparence. La cyanose et l'anesthésie disparaissent. L'albuminurie asphyxique cesse également, puis surviennent des phénomènes d'infection générale, de la tristesse, de l'adynamie et une nouvelle albuminurie plus ou moins abondante, toute différente de la première par sa nature. Celle-ci est ordinairement très grave.

Une fois, j'ai vu se produire une hémoptysie mortelle. L'enfant, Eugénie Galand, opérée et arrivée au cinquième jour, était sans canule depuis neuf heures, lorsqu'un flot de sang spumeux sortant par la canule et par la bouche amena la mort en cinq minutes. Le sang venait des bronches du lobe inférieur du poumon gauche, mais je n'y trouvai ni apoplexie pulmonaire, ni pneumonie.

Traitement consécutif. — Jadis pour empêcher les corpuscules de l'air de pénétrer dans les bronches, Martin avait imaginé de recourir à l'emploi de canules dont l'orifice extérieur était garni d'un opercule mobile. Dans le même but, M. Nélaton et Gerdy ont eu recours à l'application d'une lame d'éponge fine placée sur la plaie, mais on a convenablement remplacé tous ces moyens par l'usage d'une longue cravate de mousseline claire roulée autour du cou. Cette cravate est utile à conserver tant que dure la plaie de la trachée.

Les enfants sont habituellement soulagés par l'opération, la respiration devient plus facile, la cyanose disparaît et s'il y a eu de l'anesthésie, on voit revenir

ensibilité de la peau. Toutefois, si la respiration s'embarrasse de nouveau, aut très fréquemment retirer la canule intérieure pour la nettoyer à l'aide n écouvillon de crin. Un aide doit être constamment près de l'enfant pour aplir cet office et, dans quelques cas, pour retirer la canule principale et remplacer si cela est possible par une canule plus volumineuse.

adis, à l'exemple de M. Bretonneau, on instillait dans la trachée des solu- ns caustiques pour en détacher les fausses membranes ou des solutions alca- es pour les dissoudre. Tout cela est inutile et peut être nuisible. On aban- ne peu à peu ces pratiques dont les résultats incertains ne contrebalancent suffisamment l'irritation causée par leur emploi.

Il faut nourrir les enfants avec des potages épais, avec du laitage et avec de u rougie et des biscuits. L'opération réussit d'autant mieux qu'on soutient forces de l'opéré, et il faut insister fortement, même en cas de refus, pour age d'une faible alimentation.

Au bout de deux ou trois jours on peut tenter d'ôter la canule pendant quel- s minutes, puis pendant une heure et progressivement pendant plusieurs res consécutives. Plus tôt on arrive à se passer de la canule et mieux cela t pour les enfants, car ces canules sont des corps étrangers qui donnent quemment lieu dans la trachée à des ulcérations transversales fâcheuses. atefois, la canule peut sans inconvénient grave, rester huit ou quinze jours, mois et six semaines en place. J'ai même connu des enfants qui ont été igés de la garder pendant plusieurs mois et d'autres plusieurs années.

Indications, contre-indications. Résultats de la trachéotomie. — Bien e les succès de la trachéotomie ne soient pas très brillants, les résultats ne t cependant pas tels qu'ils doivent décourager le médecin placé près n enfant à demi asphyxié par le croup.

Jusqu'à deux ans, les exemples de guérison sont si exceptionnels qu'on t considérer l'opération comme inutile, et l'exemple de Scouttetten qui a ssi sur son enfant âgée seulement de six semaines, ne saurait suffire à en- rager d'autres tentatives.

Après deux ans, les succès sont plus fréquents et l'opération peut être tentée. aut la faire à la troisième période du croup, lorsqu'il existe un ou plu- rs symptômes de l'asphyxie, soit la cyanose partielle, soit l'anesthésie in- plète (1). Quand on opère à la deuxième période, on fait de la tra- otomie un moyen préventif d'une asphyxie qui ne se produira peut-être , puisque le croup peut guérir par d'autres moyens, et on ajoute à la ma- e les dangers d'une opération redoutable. C'est agir sans indication et,

) Bouchut, *De l'anesthésie, nouveau symptôme du croup servant d'indication à la chéotomie*, 1858 (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*). Ce travail se termine les conclusions suivantes :

En résumé, la dernière période du croup est accompagnée d'une anesthésie générale s téguments qui n'a point encore été signalée par les pathologistes.—Cette anesthésie

comme le voulait Louis, faire de la trachéotomie le seul traitement du croup. J'ai montré précédemment combien cette opinion était fausse, en faisant connaître le grand nombre des guérisons obtenues par l'émétique coup sur coup et à haute dose ou par le sulfate de cuivre.

En cas de pneumonie avec matité, râle sous-crépitant et du souffle dans l'un ou dans l'autre côté de la poitrine, quelquefois dans les deux, il convient encore de ne pas opérer.

Si, comme cela se présente assez souvent avec le croup, il existe un empoisonnement causé par la résorption des matières putrides formées à la surface de la muqueuse ulcérée du larynx par la diphthérite nasale ou cutanée, et que les enfants soient très pâles, décolorés, sans anesthésie, on peut ne pas opérer, car il est bien douteux que l'opération réussisse. Il y a dans ces cas, croup sans asphyxie, la dyspnée n'est qu'accessoire et l'infection générale de l'économie fait tout le danger de la situation.

Comme je l'ai dit ailleurs, en cherchant à me rendre compte des résultats de la trachéotomie opposée au croup, cette opération est suivie d'une mortalité de 80 à 90 morts sur 100 opérés.

En effet, après avoir interrogé la plupart des chirurgiens de Paris sur les résultats de leur pratique, j'ai rassemblé 388 cas de trachéotomie sur lesquels il y a eu 346 morts et 42 guérisons, ce qui donne une mortalité d'à peu près 90 pour 100 (1). Ce tableau détaillé a été publié en 1858, mais je ne veux pas le reproduire ici, pour éviter toute interprétation défavorable à la considération des savants chirurgiens qui s'y trouvent placés. Leur nom, leur haute réputation, les garantiraient au besoin, mais par cette précaution, je veux établir la loyauté de mes intentions à l'égard des personnes. L'habileté d'un chirurgien ne saurait être compromise par les mauvais résultats d'une opération que fait échouer la nature d'un mal ou la mauvaise disposition intérieure des opérés.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, la mortalité est un peu moins forte (310 morts

augmente par degré en même temps que s'épaississent ou s'étendent les concrétions fibrineuses du larynx.

Elle n'est complète que lorsque l'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons est considérable et date de quelques heures.

C'est la conséquence d'une hématose imparfaite et d'une asphyxie prochaine.

On l'observe dans les cas d'asphyxie *latente*, sans cyanose, comme dans les cas d'asphyxie *la plus apparente* avec cyanose et suffocation.

Elle n'existe pas dans la diphthérie assez grave pour occasionner la mort à elle toute seule sans extension des fausses membranes au larynx.

Sa présence est d'un très fâcheux pronostic.

C'est une indication formelle de recourir promptement à la trachéotomie.

Cette anesthésie cesse lorsqu'après l'ouverture de la trachée les fonctions de l'hématose se sont rétablies.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, page 1160.

374 opérés dans une période de sept ans) et elle peut être estimée à environ pour 100, chiffre qui rentre dans les proportions précédemment indiquées 276. Au reste, voilà le tableau du recensement général de ces opérations croup, pendant les années qui viennent de s'écouler.

Relevé des cas de croup traités à l'hôpital Sainte-Eugénie du 15 mars 1854 au 30 avril 1861.

		Du 15 mars au 31 déc. 1854.	1855	1856	1857	1858	1859	1860	Du 1er janv. au 30 avril 1861.	TOTAUX
Nombre cas traités.	Garçons.	6	20	21	29	82	85	46	16	305
	Filles...	8	8	12	21	63	73	33	11	229
	Total.	14	28	33	50	145	158	79	27	534
cas opérés	Garçons.	3	7	10	15	67	65	29	15	211
	Filles...	3	2	3	10	52	58	26	9	163
	Total.	6	9	13	25	119	123	55	24	374
Guérisons	Garçons.	»	2	4	2	12	11	3	2	36
	Filles...	»	1	1	4	9	9	4	»	28
	Total.	»	3	5	6	21	20	7	2	64
Décès	Garçons.	3	5	6	13	55	54	26	13	175
	Filles...	3	1	2	6	43	49	22	9	135
	Total.	6	6	8	19	98	103	48	22	310
cas non opérés	Garçons.	3	13	11	14	15	20	17	1	94
	Filles...	5	6	9	11	11	15	7	2	66
	Total.	8	19	20	25	26	35	24	3	160
Guérisons	Garçons	2	3	2	8	6	8	4	»	33
	Filles...	1	4	1	3	4	8	3	1	25
	Total.	3	7	3	11	10	16	7	1	58
Décès	Garçons.	1	10	9	6	9	12	13	1	61
	Filles...	4	2	8	8	7	7	4	1	41
	Total.	5	12	17	14	16	19	17	2	102

es résultats ne sont pas brillants, mais comme je l'ai dit, ils ne doivent empêcher le médecin de pratiquer l'opération. Après avoir mis en usage le ement médical tel que je l'ai formulé, lorsque l'asphyxie devient mena- e, il n'y a pas d'autre moyen de salut pour les malades.

chéotomie peut alors sauver ceux que l'asphyxie doit faire périr, mais peut rien lorsque la malignité du mal ou la résorption des produits tés sur la muqueuse a occasionné l'altération du sang et l'infection de omie.

Aphorismes.

107. Le croup existe dès que des fausses membranes couenneuses se sont établies sur la muqueuse du larynx.

108. Une toux voilée, rauque, sourde, suivie d'un sifflement métallique et accompagné de fièvre et d'anhélation, révèle la présence du croup.

109. Dans le croup, la toux et la voix éteintes, jointes à la respiration bruyante, râpeuse, *serratique*, présagent les accès de suffocation, l'asphyxie et la mort.

110. Il y a un croup simple *asphyxique* facile à guérir, un croup *scarlatineux* qui est plus grave, et un croup *diphthéritique* qui ne guérit que très rarement.

111. Il y a dans le croup une albuminurie *asphyxique*, une albuminurie *scarlatineuse* et une albuminurie *diphthérique*.

112. Tant que l'anesthésie n'accompagne point le croup, l'asphyxie n'est pas imminente et il n'y a pas dans les voies aériennes d'obstacle considérable à l'hématose.

113. Ouvrir la trachée d'un enfant atteint de croup avant l'apparition de l'anesthésie, c'est faire une opération inutile parce que l'on combat une asphyxie qui n'existe point.

114. Dans le croup, l'asphyxie a lieu, tantôt d'une manière *apparente*, avec cyanose et suffocation, tantôt d'une façon *latente*, sans cyanose ni suffocation appréciable, et c'est l'anesthésie seule qui montre l'imminence de la mort et la nécessité de la trachéotomie.

115. Le croup, arrivé à la période des accès de suffocation et d'anesthésie complète, est presque toujours mortel.

116. Il y a des croups qui guérissent, et d'autres que l'ont guérit.

117. A ses débuts, le croup doit être traité par les vomitifs répétés coup sur coup et à haute dose.

118. Les croups accompagnés d'albuminurie diphthéritique sont ordinairement plus graves que les autres.

119. Un croup arrivé à la période de suffocation et d'anesthésie où la mort semble prochaine, doit être immédiatement traité par la trachéotomie.

CHAPITRE IV.

DU FAUX CROUP OU LARYNGITE STRIDULEUSE.

On donne le nom de faux croup ou de laryngite striduleuse à une affection nerveuse du larynx qui a la plus grande analogie de symptômes avec le croup, et dont il est facile de la distinguer. On l'a aussi désignée sous le nom d'*asthme de Kopp*, d'*asthme de Millar*, d'*asthme thymique*, de *spasme de la glotte*, etc., mais ces noms sont autant d'erreurs qui font double emploi avec le *phréno-glottisme*, état morbide tout différent que j'ai décrit à propos des

maladies de l'appareil cérébro-spinal. La laryngite striduleuse du faux croup est une névrose du larynx caractérisée par le spasme de la glotte seul, tandis que l'asthme de Kopp, également appelé l'asthme de Millar, l'asthme thymique, est un spasme de la glotte et du diaphragme à la fois. Cette maladie se présente rarement toute seule; elle se développe, au contraire, en même temps que l'angine, la bronchite et les affections inflammatoires des organes de la respiration.

Elle est caractérisée par un accès de suffocation qui se montre tout à coup, et peut déterminer l'asphyxie des enfants.

Pendant longtemps on a combattu cette division de la laryngite couenneuse et de la laryngite striduleuse, et l'on a commis de fréquentes erreurs en rapportant à la présence des fausses membranes du larynx des accès de suffocation, purement nerveux, chez des enfants qui n'avaient pas le croup. On se refusait à admettre la distinction fondamentale entre ces deux maladies, si essentiellement différentes par leur nature, quoique similaires par quelques-uns de leurs symptômes. L'observation est enfin venue démontrer leur existence. C'est à MM. Bretonneau et Guersant que revient l'honneur de cette découverte, car jusqu'alors le croup pseudo-membraneux et le faux croup étaient souvent confondus dans l'esprit des médecins. Beaucoup s'imaginaient avoir guéri de vrais croups, lorsqu'ils n'avaient triomphé que des accidents nerveux de suffocation qui se fussent insensiblement apaisés.

Causes.

La laryngite striduleuse est assez commune. Elle n'affecte que les enfants du premier âge, et surtout les enfants à la mamelle. Elle peut se présenter plusieurs fois chez les mêmes enfants. Quelques-uns ont toujours au début, de l'amygdalite simple, de la bronchite et de l'angine laryngée inflammatoire, un ou deux accès de laryngite striduleuse. Comme le fait remarquer Guersant, il est probable que certains cas de récidive de croup cités par les auteurs appartiennent au faux croup simple, qui récidive avec une grande facilité, et que Jurine et Albers ont commis une erreur à cet égard en confondant des maladies différentes.

Symptômes.

La laryngite striduleuse débute ordinairement pendant la nuit, chez de jeunes enfants qui s'étaient endormis dans un parfait état de santé ou qui avaient seulement une simple affection catarrhale des bronches. Elle se manifeste aussi, mais très rarement, au milieu du jour. On l'observe enfin comme complication dans le cours de la pneumonie.

Les enfants éprouvent tout à coup une sensation profonde, en apparence très pénible; ils se réveillent fort agités, avec une gêne considérable de la respiration qui devient bruyante et dont l'inspiration devient *sonore*; leur toux est éclatante, sèche, rauque et sifflante; elle ressemble quelquefois à un *aboie-*

ment et revient par quintes prolongées qui chaque fois les menacent de suffocation; ils se lèvent convulsivement de leur lit, la tête tournée en haut, les yeux hagards: le visage est gonflé, rouge, violet; ils sont dans l'angoisse la plus profonde et tombent fatigués, pâles et couverts de sueur. A chaque quinte ces phénomènes se reproduisent; puis les accidents disparaissent, et les enfants retrouvent leur calme naturel.

Le pouls conserve une notable fréquence, la voix est enrouée, mais distincte la toux est à peine altérée, et la respiration s'accomplit paisiblement.

Si l'on examine le fond de la gorge, on y observe un peu de rougeur, quelquefois le gonflement des amygdales, mais pas de productions accidentelles semblables à celles du croup pseudo-membraneux, et il n'y a pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

L'auscultation ne révèle, en général, aucune altération du poumon. Elle permet d'entendre du râle sibilant et du râle muqueux, qui appartiennent à la bronchite. Dans quelques cas fort rares, on entend les bruits anormaux de la respiration, qui se rattachent à la pneumonie.

L'accès de suffocation du faux croup dure environ une ou deux heures. Les accidents, d'abord très graves en apparence, diminuent peu à peu d'intensité, et disparaissent complétement. Leur marche est toute différente dans le vrai croup. Ils augmentent, au contraire, de moment en moment jusqu'à la mort.

Lorsque l'accès est terminé, l'enfant repose avec calme jusqu'à production de nouveaux accidents qui reparaissent quelquefois, mais très rarement dans la même nuit. Le nouvel accès ne revient, en général, que dans la nuit suivante; il est toujours moins fort que le premier et dure moins longtemps que lui. On observe ainsi trois ou quatre accès de suffocation pendant trois ou quatre jours consécutifs. Ils sont de jour en jour moins graves et moins prolongés.

La laryngite striduleuse se termine très souvent après un seul accès de suffocation, quelquefois au deuxième ou au troisième accès, sans laisser d'autres traces de son passage qu'une légère amygdalite simple, sans qu'il se développe de bronchite ni de fièvre.

Ordinairement la laryngite striduleuse signale le début d'une affection catarrhale légère des bronches. Alors, à la suite des accès, les enfants conservent un peu de fièvre, ils continuent à tousser, mais leur toux ne présente aucun caractère important; leur respiration est à peine gênée, et l'on entend dans la poitrine les râles dont nous avons parlé plus haut. Cet état n'est jamais bien grave, les enfants sont guéris au bout de quelques jours.

Terminaisons.

La laryngite striduleuse se termine presque toujours d'une manière favorable, et la plupart des enfants guérissent très rapidement. Les uns reviennent complétement à leur état de santé, ce qui est rare, les autres conservent un peu de fièvre, offrent des symptômes d'angine tonsillaire simple ou de bronchite, pendant quelques jours; quelques-uns enfin, succombent au moment

de l'accès, asphyxiés par l'occlusion spasmodique du larynx. Cette terminaison est tout exceptionnelle. Jurine, Vieusseux, Rogery en ont observé quelques exemples, mais cinq ou six faits de cette nature contre des milliers de laryngites striduleuses guéries ne doivent pas inquiéter sérieusement le médecin.

Diagnostic.

Comme on le voit, la marche de cette maladie est essentiellement différente de la marche du vrai croup. On trouve dans la laryngite striduleuse une invasion soudaine de symptômes effrayants de suffocation, qui cessent, se montrent de nouveau avec moins d'intensité, pour disparaître enfin d'une manière définitive. L'intermittence est bien caractérisée. De plus, les premiers accès sont les plus forts, et ils diminuent à mesure que la maladie se prolonge. Dans leur intervalle, la santé ne paraît pas avoir subi de profondes atteintes.

Le croup pseudo-membraneux est, au contraire, caractérisé par un état morbide chaque jour plus grave; et lorsque les accès de suffocation se manifestent, les premiers sont à peine sensibles, mais ils deviennent de plus en plus violents, au point d'occasionner la mort par asphyxie. Dans leur intervalle, les enfants sont en proie à une gêne excessive de la respiration, et la coloration violacée de leur visage indique bien l'existence d'un obstacle qui s'oppose à l'exercice des fonctions respiratoires.

Enfin, l'examen de l'arrière-bouche ne fournit aucun résultat dans la laryngite striduleuse ; il indique, au contraire, la nature de la maladie dans le vrai croup, puisqu'on observe souvent sur la muqueuse les fausses membranes qui en sont le caractère irrécusable.

Il faut donc admettre, avec la plupart des médecins, l'existence d'une maladie qui se rapproche un peu du croup par quelques symptômes, et qui n'est cependant pas le croup, puisque la marche et la nature de l'affection sont toutes différentes. Cette maladie, c'est la laryngite striduleuse.

Il est important de la reconnaître pour ne pas la combattre par les moyens qu'on emploie contre la laryngite couenneuse ou le vrai croup. C'est, du reste, ce qui est fort souvent arrivé et ce qui sans doute ne se reproduira plus.

La laryngite striduleuse, avec son accès de suffocation bruyant, avec sa respiration sonore, rauque et sifflante, se distingue du phréno-glottisme, c'est-à-dire des convulsions phréno-glottiques, en ce que dans cette maladie la respiration, presque immobile, ne fait pas de bruit, et c'est à la fin de l'accès qu'un seul bruit sonore annonce l'entrée de l'air dans le larynx et la fin de la convulsion phrénique.

Pronostic.

La laryngite striduleuse est une affection fort grave en apparence; elle semble compromettre la vie des enfants; on dirait qu'ils vont périr d'asphyxie au milieu de l'accès ; mais il est plus ordinaire de voir la maladie cesser d'elle-même et disparaître rapidement sous l'influence d'une médication appro-

priée, ou se prolonger, au contraire, lorsque l'on aurait choisi les moyens de traitement.

Traitement.

Il faut combattre la laryngite striduleuse simple à l'aide des moyens calmants et antispasmodiques ordinaires administrés en potion ou en lavement. Les juleps gommeux, éthérés, et renfermant une petite quantité de teinture de musc ou d'extrait de valériane, sont fort utiles. Ils calment rapidement l'agitation des enfants et favorisent leur repos. On donne dans le même but les lavements de valériane ou d'asa fœtida ; 25 à 50 centigrammes de ces substances pour 100 à 150 grammes d'eau. A ces moyens il faut joindre l'usage des excitants cutanés, tels que les pédiluves irritants ou les sinapismes à la moutarde. Les vésicatoires sont entièrement inutiles à employer dans cette affection.

Lorsque la laryngite striduleuse se manifeste, comme cela est ordinaire chez un enfant atteint de bronchite, il faut apprécier le degré de cette maladie et tenir compte de l'état fébrile. Les moyens qui précèdent doivent être mis en usage, mais consécutivement à l'administration d'un vomitif, l'ipécacuanha de préférence, à la dose de 30 ou 40 centigram. dans du sirop de gomme, pour les jeunes enfants. Ce médicament produit toujours une grande amélioration.

Le faux croup nécessite rarement l'emploi de la saignée locale ou générale. La perte de sang est inutile, sauf les cas de complications inflammatoires des bronches ou du poumon. Elle est même nuisible, car le sang est le régulateur du système nerveux, *sanguis moderator nervorum*, et si cette déperdition n'a point pour résultat la prolongation de l'accès, elle jette les enfants dans un état de faiblesse qui les rend malades pour plusieurs jours.

Tels sont les moyens qu'il est convenable d'employer dans la laryngite striduleuse. Ils sont encore assez nombreux et assez variés. Il faut apporter de grandes précautions dans leur choix, pour ne pas mettre en usage les plus énergiques d'entre eux contre un accès qui va cesser tout naturellement. Ces derniers moyens conviennent surtout dans le cas de complications importantes, la bronchite ou la pneumonie. Le vomitif est alors très avantageux à employer. Quant aux vésicatoires et aux saignées, il faut les réserver pour les cas les plus graves, et ne les prescrire que d'après des indications toutes spéciales.

Aphorismes.

120. Un accès nocturne et subit de suffocation, accompagné de toux sèche, rauque, sifflante et sonore, annonce le faux croup.

121. Le faux croup, très violent à son début, s'amoindrit en quelques heures; tandis que le vrai croup va sans cesse augmentant d'intensité, jour par jour.

122. Deux ou trois accès de suffocation, de moins en moins violents, à vingt-quatre heures d'intervalle, caractérisent le faux croup.

123. Le faux croup guérit très facilement au moyen d'un vomitif.

CHAPITRE V.

DE LA TOUX CONVULSIVE OU NERVEUSE.

Définition.

La toux convulsive est une névrose du larynx caractérisée par une toux sèche, continuelle, ayant quelquefois le timbre d'un aboiement. Elle existe sans fièvre et indépendamment du catarrhe pulmonaire ou des maladies du larynx.

A elle seule, elle constitue tout un état morbide. On la rencontre surtout chez les femmes hystériques et chez les enfants très nerveux.

La toux convulsive se développe *spontanément* ou d'une manière *sympathique*. Dans ce dernier cas, elle résulte souvent du travail de la seconde dentition. Une jeune fille de onze ans m'a présenté un fait de ce genre, on la croyait menacée de phthisie, bien qu'elle n'offrît aucun phénomène particulier d'auscultation, et elle guérit au bout de plusieurs mois, lorsque les dents permanentes à sortir eurent percé la gencive. Ailleurs, elle résulte d'une légère congestion du larynx ou des poumons. On a admis une toux hépatique, utérine, lorsqu'elle se développe sympathiquement à une lésion de ces organes ou au travail de la puberté. La dysménorrhée est, comme je l'ai vu plusieurs fois, la cause de cet état morbide. D'autres fois, la toux nerveuse a pu être attribuée à la titillation produite sur la base de la langue par le prolapsus de la luette.

Caractères.

Cette toux est petite, sèche, continue, sans expectoration, souvent elle rappelle un aboiement; elle n'est jamais accompagnée de fièvre, et l'auscultation ne révèle aucune lésion dans la poitrine.

Sa durée est de quelques minutes, de plusieurs jours ou de plusieurs mois, et elle ne donne lieu à aucune conséquence fâcheuse, aussi son pronostic est peu grave.

Traitement.

On a employé pour la combattre plusieurs procédés : les saignées, les préparations opiacées, la glace, ont donné quelques guérisons. Les antispasmodiques, l'éther, le chloroforme, la belladone, le camphre, comptent également quelques succès; mais ce qui semble le mieux réussir, est la morphine employée par la méthode endermique, appliquée sur les parties latérales du larynx, à la dose de 1 ou 2 centigrammes suivant l'âge des malades.

CHAPITRE VI.

CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX.

Il est assez rare de voir des corps étrangers s'introduire dans le larynx d'un enfant à la mamelle, à cause de la petite dimension de cet organe; cependant

il y en a des exemples, et ceux que je rapporte ici me semblent dignes d'intérêt.

Un noyau de cerise s'était introduit dans le larynx d'un enfant de deux ans, et s'y était fixé; la suffocation imposa la nécessité de faire une laryngotomie cricoïdienne, qui ne fut suivie de l'expulsion d'aucun corps étranger. Au moment de la cicatrisation de la plaie, la suffocation reparut, et dans les manœuvres que l'on fit pour rouvrir la plaie, tant avec une sonde qu'avec un écouvillon, l'enfant périt asphyxié. Voici, d'ailleurs, ce fait.

Observation I. — Un enfant de deux ans, voulant parler en mangeant des cerises dont il avalait les noyaux, fut subitement pris de quintes de toux violentes et d'accès de suffocation. L'asphyxie était imminente, et le récit des circonstances antérieures simplifiait d'ailleurs le diagnostic. M. Corbet pratiqua immédiatement la laryngo-trachéotomie. Aussitôt le canal aérien ouvert, l'anxiété se dissipe; la respiration redevient libre. Cependant le corps étranger n'est pas rencontré. La plaie se cicatrise, et quinze jours se passent durant lesquels la santé est parfaite et la respiration entièrement régulière.

La fistule aérienne était donc tout à fait fermée et la plaie extérieure presque guérie, lorsque l'enfant fut tout à coup saisi de symptômes encore plus alarmants que la première fois. M. Corbet, sans hésiter, incise le tissu inodulaire, introduit une sonde de femme dans la trachée et l'explore en tous sens, tant avec le doigt qu'avec une tige de baleine armée d'une petite éponge. On ne put découvrir le corps étranger; la suffocation redoubla et emporta l'enfant dans une crise.

A l'autopsie, on divisa et on examina le tube aérien jusqu'au niveau de la fibration des bronches, sans rien trouver. Cependant la mort, survenue malgré l'ouverture fort ample de la région cricoïdienne, faisait supposer que le corps étranger devait plutôt se rencontrer au-dessus de la plaie. En incisant le larynx, on vit enfin le noyau de cerise qui descendait dans la trachée, déplacé sans doute par les mouvements qu'on avait faits pour placer la tête du sujet sur un billot. Effectivement, le ventricule droit du larynx était creusé d'une arrière-cavité formée par une ulcération et tellement disposée, qu'en y introduisant le noyau on apercevait à peine un point de sa surface, pourvu qu'on mît son grand diamètre parallèlement à celui du ventricule (1).

On comprend aisément comment le chirurgien ne put reconnaître la présence de ce noyau dans la glotte, bien que pendant la seconde opération il eût introduit ses deux doigts indicateurs, l'un de haut en bas par l'arrière-gorge, l'autre de bas en haut par la plaie du larynx, jusqu'à ce qu'ils se touchassent. Mais un autre enseignement, plus directement lié à la thérapeutique, ressort de ce fait : c'est que dans les cas semblables de recherches infructueuses du corps étranger après la trachéotomie, il ne faut jamais négliger d'imprimer de brusques secousses au patient, en changeant soudainement sa tête de position. C'est la manœuvre qui seule réussit, chez l'ingénieur Brunel, à déloger la pièce de monnaie qui avait jusque-là résisté à tous les moyens d'extraction. Les détails de l'autopsie que nous venons de relater prouvent que des mouvements

(1) *Gazette médicale.*

de ce genre sont ceux auxquels fut également dû le déplacement du noyau de cerise sur le cadavre de l'opéré de M. Corbet.

Les faits de ce genre ne sont pas rares chez les enfants plus âgés. En voici un qui n'est pas moins curieux que le précédent, et dans lequel la broncho-trachéotomie fut également inutile pour amener l'expulsion du corps étranger. On le doit à M. le docteur Rendu, médecin à Compiègne (1).

Observation II. — *Corps étranger dans le larynx.* — Un enfant de cinq ans, ayant par mégarde avalé un haricot, fut pris aussitôt d'un accès de suffocation qui se reproduisit les jours suivants. M. Rendu pratiqua la broncho-trachéotomie, mais le corps étranger ne fut point expulsé, malgré l'étendue de la plaie. Celle-ci était cicatrisée, lorsqu'une quinte violente survint, trois mois après l'accident, et fut suivie de l'expulsion brusque par la bouche de matières purulentes au milieu desquelles se trouva le haricot qui *avait germé*. Depuis ce moment, les accès cessèrent pour ne plus revenir.

Le troisième fait qu'on va lire est bien un des plus curieux et des plus rares qu'on puisse imaginer. Le corps étranger était formé par un ganglion bronchique arrivé dans les bronches par ulcération de ce conduit était remonté jusqu'à la partie supérieure du larynx. — La trachéotomie fut pratiquée sans résultat favorable.

Observation III. — Il s'agit d'un enfant de huit ans, qui présenta tout à coup, en jouant des signes de suffocation. Ces symptômes augmentèrent rapidement. M Edwardes pratiqua la trachéotomie. On put ainsi faire pénétrer un peu d'air par l'ouverture. Le malade fit deux inspirations seulement après l'opération, et mourut asphyxié.

A l'ouverture du cadavre, on trouva à la face postérieure et inférieure de l'épiglotte un corps étranger qui, en bas, touchait l'ouverture de la glotte. Ce corps étranger était couvert de mucus, et présentait exactement l'apparence d'un ganglion bronchique. En fendant la trachée, on découvrit que le ganglion avait pénétré par une ouverture anormale qui existait à droite en arrière, immédiatement au-dessus de la bifurcation. L'ouverture anormale présentait des bords irréguliers et frangés. Le corps étranger trouvé dans le larynx fut examiné par M. Quekett ; il offrait une forme irrégulière, une coloration d'un bleu clair, et était maculé de taches blanches et noires. A la surface, on constatait la présence d'épithélium. La masse, à son intérieur, présentait exactement la même structure anatomique qu'un ganglion bronchique sain, qui fut pris comme terme de comparaison (2).

D'une manière générale, ces corps étrangers pénètrent dans le larynx et peuvent y rester plusieurs jours sans donner lieu à des symptômes d'asphyxie ni de suffocation. — D'abord, l'enfant tousse d'une manière rauque, comme dans les cas de croup, il suffoque, puis tout se calme. Ce n'est qu'au troisième ou cinquième jour que viennent les accidents. Une toux pénible, croupale,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1850, t. XVI, p. 105.
(2) *Médic.-chirurg. trans.* et *Gaz. hebd.*

accompagnée de gêne respiratoire s'établit chez les enfants; un bruit de va-et-vient dans la trachée indique la présence du corps étranger, puis arrive l'asphyxie, et il faut faire promptement la trachéotomie, si on ne veut laisser mourir les enfants.

Les choses se sont passées de cette manière dans le cas suivant publié par M. Iszenard.

Observation IV.— Une enfant, âgée de sept ans, avala brusquement un haricot qu'elle s'amusait à recevoir dans sa bouche après l'avoir jeté en l'air. Il se déclare aussitôt des accès de suffocation, qui se calment d'eux-mêmes au bout d'une demi-heure. Ce calme dure quatre jours.

Le cinquième jour, il survient une toux comme croupale; on crut à une bronchite commençante. Dans l'après-midi du même jour, la suffocation devient imminente, et l'on entend distinctement dans la trachée le bruit de va-et-vient produit par le haricot.

Le septième jour, la figure est violacée, le pouls petit, déprimé, la peau froide; l'enfant suffoquait. On se décide à pratiquer la trachéotomie. Bientôt le haricot vint se présenter à l'ouverture artificielle, et fut saisi avec des pinces et extrait.

Les suites de l'opération furent très simples, et la petite plaie, dont les bords furent affrontés avec des bandelettes de taffetas gommé, fut promptement cicatrisée.

La voix seule est restée encore enrouée.

Chez quelques enfants, le corps étranger peut descendre dans le poumon et y former un abcès s'ouvrant à l'extérieur de manière à provoquer l'expulsion spontanée du corps étranger. C'est ce qui est arrivé à un enfant observé par M. Hamon (de Fresnay).

Observation V. — Appelé le 5 juin auprès d'un enfant de cinq ans et demi, je le trouvai dans l'état suivant: pouls petit et fréquent; dyspnée; toux fréquente, crachats purulents. Le petit malade accuse depuis quelques jours une vive souffrance vers la région sous-épineuse du scapulum gauche. Ronchus pulmonaires; matité dans toute la partie latérale et postérieure du poumon gauche. Tumeur fluctuante hypocardiaque. Ouverture de l'abcès, d'où jaillit un flot de pus offrant les mêmes caractères que les matières expectorées. — Potion vomitive.

Le 7, à ma visite, on me présente un fragment de péricarpe de marron parfaitement conservé, recoquillé sur l'un de ses bords, affectant une forme irrégulièrement triangulaire, et offrant, suivant ses plus grandes dimensions, une étendue de 0,02 sur 0,01. Le petit malade l'avait rejeté la veille dans les efforts du vomissement.

Les parents, questionnés par moi, se rappelèrent alors que dix-huit mois auparavant l'enfant avait avalé ce corps étranger dans un moment de terreur subite. A partir de cette époque, sa santé, primitivement robuste, s'était un peu altérée; son haleine était devenue courte, les moindres efforts provoquaient chez lui une toux parfois assez intense pour déterminer des vomissements.

Le 29 novembre précédent, je lui avais donné des soins pour une affection pneumonique, dont le point de départ venait de m'être révélé.

La présence de ce corps étranger avait finalement déterminé un abcès du poumon en un point voisin de l'origine de la bronche gauche, ainsi que la percussion et l'auscultation ne tardèrent pas à me le déceler. Ce même corps étranger

nfin, devenu libre de toute adhérence, avait été entraîné au dehors avec le pus t le détritus du poumon.

Une vaste caverne, de forme irrégulièrement triangulaire, présentant dans es plus grands diamètres 0,075 sur 0,06, occupait la fosse sous-épineuse, lieu ù s'étaient manifestées les premières douleurs accusées par l'enfant : son tymanique ; pectoriloque ; voix amphorique ; tintement métallique. Tout autour de ette immense spéie, dans une étendue de 0,04 environ, matité, souffle bronhique, bronchophonie. Il y avait, en outre, pyopleurie manifeste. Pouls 120.

Mellite iodé n° 1 (s. m. f.). Je fais en outre respirer quatre ou cinq fois par our au petit malade, à l'aide d'un appareil à inspirations, mon éther iodé (iode, gram., éther, 10 gram), que je préfère à la teinture, à cause de sa plus grande iffusibilité ; boissons abondantes ; entretien de la fistule, etc.

Sous l'influence de ce traitement, le 11 juin la caverne affectait une forme rrégulièrement circulaire, dont le diamètre était réduit à 4 centimètres. La maité périspéique était encore, comme par le passé, de 4 centimètres. Il n'y avait lus rien dans la plèvre ; le pouls était descendu à 100 pulsations ; l'état général tait aussi satisfaisant que possible.

Je concevais déjà une légère lueur d'espoir de sauver ce petit malade, quand, à quelques jours de là, j'appris que les parents, cédant à d'absurdes insinuations, trop souvent écoutées par les crédules habitants de nos campagnes, avaient confié les jours de leur enfant à un ignorant guérisseur. J'ignore les moyens que ce dernier mit en usage ; je sais seulement que le petit malade succomba le 14 juillet.

Si l'on considère l'amendement rapide survenu à la suite des moyens mis en sage au début de la maladie, on peut se demander si, par l'emploi d'un traitement rationnel, on n'aurait pas eu quelques chances, malgré la gravité de la sion, d'éviter cette terminaison funeste?

Observation VI. — Un enfant de cinq ans et demi, tenait entre ses lèvres un oyau de prune percé de part en part, et dont il se servait pour siffler, lorsque, endant une grande inspiration, celui-ci fut subitement entraîné dans les voies spiratoires ; il s'ensuivit une dyspnée intense, avec respiration bruyante. Un métique provoqua des vomissements et amena quelque soulagement, mais le rps étranger ne fut point rendu.

Lorsque M. Weelhouse arriva, la respiration était bruyante ; l'enfant accusait sensation d'une masse au sommet du sternum ; mais pas de douleur ni spontanée, ni provoquée par la pression sur le larynx. A l'auscultation, on entend ne respiration sifflante et rude au larynx, et on remarque que l'air pénètre un peu moins librement dans le poumon gauche que dans le droit. La poitrine résonne bien partout. La peau est froide et moite, la parole libre, les lèvres colorées. Le surlendemain matin, il était dans le même état, lorsqu'à huit heures il trouva, à la suite d'un vomissement, un soulagement subit qui persista dans le our, et même le jour suivant, qui était le 30 août.

Le 31, après quelques symptômes de dyspnée, il y eut, à huit heures du soir, ne aggravation telle, que l'on craignit de voir expirer l'enfant. L'asphyxie était iminente ; la connaissance était perdue. On pratiqua la trachéotomie. Dès que bistouri eût pénétré dans la trachée, l'air s'y précipita avec rapidité. Puis, au out de peu d'instants, le petit malade expira.

A l'autopsie, on trouva le corps étranger dans le larynx, ayant une position resque verticale, son extrémité inférieure reposant sur le bord supérieur du cartilage cricoïde, à un quart de pouce environ au-dessus de l'ouverture pratiquée ar la trachée (1).

(1) *Comptes rendus du service chirurgical de l'Antiquaille*, décembre 1854.

Dans ce cas, il est probable que l'insuccès de la trachéotomie est dû qu'elle a été pratiquée trop tard. Il est arrivé au malheureux enfant c arrive aux oiseaux que l'on maintient trop longtemps dans un milieu ir rable et auxquels on rend subitement l'accès de l'air. Ils sont tués i diatement.

L'observation suivante nous montre un cas analogue, mais dont la t naison fut diamétralement opposée, parce que les circonstances étaien favorables.

Observation VII. — Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi ; le corps ét était le même. Les symptômes furent également les mêmes. Le corps ét fut extrait de la trachée par la plaie, au moyen de pinces qui s'ouvraient calement. Le malade fut à l'instant soulagé. L'opération ne fut suivie d accident (1).

Voici encore une observation des corps étrangers dans les voies aéri par le docteur Cooper Forster.

Observation VIII. — M..., cinq ans, enfant chétif et malingre, est a 11 août 1855, dans la salle Saint-Lazare. La mère raconte que l'enfant sait à siffler avec un noyau de prune qu'il avait percé à cet effet, que l'ennuyait, et que l'enfant ne voulait pas cesser, elle lui donna un coup dos ; à la suite de ce coup, il fit une profonde inspiration, et le courant d se précipitant dans le larynx, entraîna le noyau : immédiatement, l'enf pris de suffocation et de quintes de toux avec un caractère si alarmant qu'e qu'il était mort, et le porta tout de suite à l'hôpital. Je vis l'enfant quelq nutes après son arrivée, et le trouvai en proie à une dyspnée intense, les de toux étaient très fréquentes et l'on entendait une quantité de râles m intenses : la face était livide, les extrémités froides et le pouls faible ; M. couché sur le côté droit et ne pouvait bouger sans provoquer immédiate toux : quand il était en repos, on n'entendait aucun bruit respiratoire dans de la poitrine.

Je compris qu'il n'y avait pas de temps à perdre, que tout indiquait cla la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, probablement bronche droite, et qu'il n'y avait qu'une chance de salut, pratiquer la tra mie. Après m'être bien assuré, à l'aide d'une sonde, qu'il n'y avait rien trachée, ni l'œsophage, j'incisai la peau sur la trachée, et sans même un ténaculum pour la fixer, j'en coupai quatre anneaux. Le malade fut p de ces mouvements violents mouvements expiratoires que l'on observe au moment où l'on vient d'ouvrir la trachée, et, dans un de ces mouvem noyau couvert de mucosités fut expulsé et l'enfant immédiatement soulag pression de sa physionomie redevint calme, la respiration naturelle ; on l'enfant dans un lit bien chaud, et l'on pansa la plaie du cou avec de la Il survint un peu de bronchite, mais si légère, qu'elle se dissipa presq traitement, et, le 26 août, quinze jours après l'opération, l'enfant quitta l parfaitement guéri ; la plaie du cou était complétement cicatrisée.

Observation IX. — T. N..., neuf ans, enfant délicat, mais vif et int est admis le 9 juillet 1856 ; les renseignements donnés apprennent que cinq jours, il s'amusait avec des noyaux de cerise ; il en mit un dans sa

(1) *Gazette médicale*, 13 février 1858.

et, en courant, il l'avala de travers, comme il dit. Il fut pris, sur-le-champ, de suffocation, tomba par terre et fut incapable de marcher jusqu'à la maison de ses parents : on l'y transporta, et, à peine y fut-il, qu'il se sentit beaucoup soulagé. Dans le cours des cinq jours qui ont précédé son admission, il fut plusieurs fois repris de dyspnée et de suffocation, puis tout à coup, ces symptômes cessaient et alors il jouait avec plaisir et sans éprouver la moindre gêne : la nuit, il lui était impossible de dormir autrement qu'assis sur son séant, ou bien couché sur le côté droit. Il mangeait et buvait bien, et, à l'exception de ces attaques fréquentes de dyspnée, il était impossible de soupçonner la maladie : on le montra à plusieurs médecins, et le docteur Wallace diagnostiqua la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. Je vis le petit malade peu de temps après son entrée, et le trouvai en proie à une de ses attaques habituelles du soir, il suffoquait et se plaignait que quelque chose lui remontait et lui descendait dans la gorge : il était couché sur le côté droit, et il ne pouvait quitter cette position sans ressentir aussitôt une gêne considérable de la respiration : au bout de quelques minutes, tous ces symptômes disparurent, et l'enfant sembla être assez bien. On entendait le murmure respiratoire dans les deux poumons. L'historique et les symptômes indiquaient clairement la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes ; convaincu qu'il n'y avait aucun avantage à attendre, je me décidai à pratiquer la trachéotomie. Il y eut un peu d'hémorrhagie veineuse, qui ne m'empêcha pas d'ouvrir la trachée dès que je l'eus mise à découvert. Un violent effort d'expiration expulsa le noyau de cerise, et les accidents, immédiatement calmés, ne se reproduisirent pas. L'enfant sortit le 21 juillet, douze jours après l'opération, parfaitement guéri. Le 26, il rentra avec un peu de rougeur érysipélateuse au cou, et un peu de rhume : cela disparut promptement, et l'enfant quitta définitivement l'hôpital le 5 août.

Observation X. — *Fragment d'un os dans le larynx.* — J. H..., âgé de dix mois, est admis le 28 février 1857, à huit heures du soir, dans la salle de la Charité. La mère raconte que, dans la soirée, l'enfant jouait sur le parquet avec une petite bille et un morceau de croûte ; tout à coup il est pris de suffocation, et la mère étonnée de ne plus voir les objets avec lesquels il jouait, en conclut qu'il les avait mis dans sa bouche, puis avalés ; elle lui introduisit un doigt dans la gorge pour le faire vomir, mais rien ne sortit. Les symptômes de suffocation diminuèrent un peu, puis reparurent avec la même intensité. Au moment de son admission, l'enfant était relativement assez bien quand il était dans les bras de sa mère, couché sur le côté droit ; mais aussitôt qu'elle le mettait sur le côté gauche pour prendre le sein, la dyspnée revenait, l'enfant faisait des efforts convulsifs pour respirer, sa respiration était striduleuse et croupale, présentant tous les caractères attribués à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et l'on était obligé de le remettre immédiatement sur le côté droit. L'examen des poumons par l'auscultation était impossible à cause des cris de l'enfant. Après m'être assuré, à l'aide d'une sonde, que le pharynx et l'œsophage étaient libres, je pratiquai l'opération de la trachéotomie, dans laquelle, je dois le dire, je rencontrai moins de difficultés que je ne l'aurais cru chez un enfant aussi jeune : le seul obstacle sérieux fut une hémorrhagie veineuse assez abondante ; ne pouvant réussir à l'arrêter, je plongeai rapidement le couteau dans la trachée et en divisai plusieurs anneaux de bas en haut. L'hémorrhagie cessa dès que la trachée fut ouverte, mais l'enfant avait perdu beaucoup de sang, il tomba en syncope, ses lèvres pâlirent et la respiration fut suspendue. On pratiqua alors la respiration artificielle par la méthode de Marshal-Hall, et l'enfant revint à lui. L'ouverture de la trachée

n'amena aucun soulagement, rien ne sortit. J'essayai de sentir avec le bout de mon petit doigt s'il n'y avait pas un corps étranger dans la partie située au-dessus de l'ouverture artificielle, la trachée était trop petite : je ne plaçai pas de canule, espérant qu'un effort violent d'expiration ou de toux mobilisant un des corps étrangers que l'on supposait exister dans les bronches, ferait rejeter ce corps par l'ouverture béante; l'enfant se plaça sur ses mains et sur ses genoux, puis sur le côté droit, position qui semblait être la moins douloureuse pour lui. On mit l'enfant au lit dans cette position, mais il était tellement épuisé par l'hémorrhagie qu'il mourut quatre heures après.

Autopsie. — Elle fut pratiquée quatorze heures après la mort.

Les poumons étaient sains, ainsi que les bronches, où il n'était pas tombé de sang pendant l'opération; en enlevant le larynx, la trachée et l'œsophage, on aperçut un morceau d'os qui, couché sur la marge de la glotte, sortait à la partie supérieure du larynx; en ouvrant le larynx, on trouva le fragment d'os fixé dans la lumière de la glotte, s'étendant au-dessus des cordes vocales supérieures et au-dessous des inférieures, solidement fixé par ses pointes irrégulières dans l'épaisseur de la muqueuse, circonstance qui empêche son déplacement soit en haut, soit en bas. En examinant bien ce corps étranger, on reconnut que c'était un fragment d'os de mouton, et le lendemain, la mère raconta qu'avant de poser son enfant pour jouer sur le parquet, elle lui avait donné un peu de bouillon de mouton, mais elle affirme que les symptômes de suffocation ne se sont montrés qu'après un grand quart d'heure que l'enfant jouait. En effet, elle avait retrouvé sur le parquet la bille et le morceau de croûte de pain.

Observation XI. — *Corps étranger ayant séjourné dans les voies aériennes pendant dix mois*, par le docteur Aberle. — Un garçon de quinze ans, laissa glisser dans le larynx un appeau de laiton. Il survint de violentes menaces d'asphyxie, et un chirurgien fit la trachéotomie, mais sans pouvoir découvrir ou extraire le corps étranger. La plaie se ferma et les accidents se calmèrent, seulement il survenait de temps en temps des accès de toux avec expectoration de mucosités sanguinolentes et parfois des menaces d'asphyxie. Plus tard, le malade ressentait une douleur continue à droite, entre l'extrémité sternale de la clavicule et la première côte. Plus de neuf mois se passèrent ainsi, lorsque pendant un accès violent de toux, accompagné d'une expectoration copieuse de sang et de mucus purulent, l'enfant dit avoir senti le corps étranger remonter vers le larynx et retomber immédiatement, mais à gauche. Quelque temps après, nouvelle suffocation, douleur violente et fixe à la hauteur du côté gauche de la fourchette du sternum. Sangsues, cataplasme, en attendant l'indication de la trachéotomie. Dans la nuit, les accidents prirent une telle intensité, que la mère envoya chercher le curé, sans prévenir le médecin. Vers le matin, nausées, sensation de mouvement dans le cou; le malade pria sa mère de lui frapper sur le dos et bientôt après il rendit l'appeau, six mois et huit jours après l'avoir avalé. C'était un sifflet de laiton, déjà oxydé, arrondi, d'un diamètre de 5 lignes, d'une épaisseur de 2 lignes et d'un poids de 6 grains. L'enfant s'est complétement rétabli (1).

On remarquera que le chloroforme n'a été administré chez aucun des malades : l'emploi de l'anesthésie ne doit pas être restreint seulement aux opérations très douloureuses, et l'on peut en tirer de grands avantages dans le cas de trachéotomie, si l'on a affaire à un enfant dont on ne peut contenir les

(1) *OEsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, 1858, n° 52.

mouvements souvent dangereux : pourvu qu'on ne pousse pas l'anesthésie trop loin, il n'y a aucune crainte de voir le sang qui a pu tomber dans les voies aériennes y séjourner, il provoquera toujours des efforts de toux qui parviendront à l'expulser. Le docteur Snow affirme s'être très bien trouvé de l'emploi du chloroforme dans plusieurs opérations de trachéotomie.

CHAPITRE VII.

DE LA BRULURE DU LARYNX.

Cet accident qui donne lieu à une espèce de laryngite aiguë, avec ou sans ème de la muqueuse, est fort rare chez nous. Il est, au contraire, très com- n en Angleterre, là où beaucoup de personnes ont la mauvaise habitude faire boire les enfants au bec d'une théière remplie de liquide dont on ne nait pas exactement la température. De cette façon, les enfants avalent lquefois une gorgée de liquide bouillant qui peut les faire périr. Le docteur lip Bevan, professeur au collége des chirurgiens d'Irlande (1), divise les idents qui en résultent en trois périodes.

Dans la première période, la bouche et la gorge seules sont affectées, mais n'existe aucun trouble de la respiration. Dans la seconde, il y a obstacle l'accès de l'air par le fait d'une laryngite ; l'œdème de la glotte et un com- nencement de congestion des poumons en sont la conséquence. Dans la roisième période, l'engorgement des poumons et une congestion cérébrale onsécutive s'ajoutent aux précédents désordres. Cette division existe et peut e discerner dans tous les cas ; dans quelques-uns, il est vrai, les deux pre- nières périodes se succèdent si rapidement qu'on pourrait les regarder omme simultanées ; mais, dans la majorité des cas, elles sont séparées par n intervalle de plusieurs heures. L'enfant, immédiatement après l'acci- lent, éprouve de très vives souffrances ; ses mains se portent à la bouche et u larynx ; il crie avec violence et la déglutition est impossible. Après que a frayeur et la première douleur se sont calmées, plusieurs heures peuvent e passer sans qu'il survienne aucun symptôme fâcheux ; pendant cet inter- alle, l'enfant peut jouer ou dormir, ou même manger les fruits ou les âteaux que lui donnent ses parents pour apaiser ses cris. A cette époque, a bouche et la gorge sont rouges ; des phlyctènes blanches se voient sur es lèvres, la face interne des joues et vers la base de la langue ; mais la res- iration s'effectue sans difficulté. Cette insignifiance des symptômes au ébut doit être soigneusement gravée dans l'esprit du médecin. J'ai eu ccasion de voir plusieurs cas dans lesquels de malheureux enfants ont perdu

1) *Dublin Quarterly Journal of med. sc.*, février 1860. *De la brûlure du larynx*, luit de l'anglais par A. Gauchet (*Union médicale*, 1860, t. VIII, p. 40 et 85).

» la vie par suite du peu d'attention accordée aux symptômes de cette première » période; et la méprise est d'autant plus possible que souvent les symptômes » ne diffèrent en aucune façon de ceux qui accompagnent la simple brûlure » de la bouche et ne présentent pas plus de gravité, symptômes qui d'ordi- » naire, comme on sait, guérissent avec rapidité sans aucune espèce de » traitement.

» La seconde période, qu'elle arrive promptement ou avec lenteur, pré- » sente des symptômes beaucoup plus alarmants. La respiration est striduleuse » et croupale, rapide et très embarrassée; la face est pâle et bouffie, le pouls » fréquent, la peau froide et humide; l'enfant a de la tendance à s'assoupir, » mais on peut l'éveiller facilement. Outre les altérations observées dans la » bouche pendant la première période, si l'on procède à un examen conve- » nable, on trouve, au moyen du doigt porté dans le pharynx, l'épiglotte dure, » globuleuse, ayant le volume et la forme d'une groseille à maquereau ou d'une » grosse noisette; et en même temps des râles sonores et sibilants sont perçus » dans la plus grande partie de la poitrine. Ces symptômes continuent pen- » dant plusieurs heures et se transforment graduellement en ceux de la troi- » sième période.

» Dans celle-ci, la respiration devient de plus en plus difficile et croupale; » l'inspiration est plus laborieuse; le larynx s'élève et s'abaisse avec rapidité, » et des dépressions se forment dans les régions sus-claviculaires à chaque » effort convulsif pour introduire l'air dans la poitrine. Le petit malade est » étendu la tête renversée en arrière, les yeux fixes, à demi ouverts, tournés » en haut sous les paupières, les pupilles dilatées et immobiles, la face bouffie » et d'un rouge livide, la bouche entr'ouverte; il agite les bras de côté et » d'autre, et, quoique dans un demi-coma, il cherche, mais en vain, à échap- » per à la sensation de suffocation imminente qu'il éprouve. Pendant cette » période, on entend des mucosités s'agiter avec bruit dans les poumons et » les rameaux de l'arbre aérien. Le coma augmente graduellement jusqu'à ce » que le sujet ou succombe dans cet état, ou soit emporté dans un accès de » convulsion. »

D'après M. Bevan, le traitement peut se résumer en peu de mots : d'abord les *antiphlogistiques*, ensuite la *trachéotomie*, la seule divergence d'opinion portant sur l'époque où l'opération doit être exécutée. «Quelques-uns, dit ce médecin, préfèrent opérer de bonne heure. » Le docteur Copland, dans son excellent dictionnaire, s'exprime ainsi : « Un prompt recours à l'opération est particulièrement indiqué, lorsque la laryngite est causée par la déglutition de liquides âcres, corrosifs ou bouillants, parce que les autres moyens recommandés ne peuvent agir avec autant de rapidité et qu'une ouverture pratiquée de bonne heure à la trachée facilite le traitement des parties lésées. » Le docteur Watson se prononce aussi en faveur d'un prompt recours à l'opération, et il paraît avoir beaucoup de confiance dans le résultat; mais cette confiance semble dériver de l'expérience de la trachéotomie dans la laryngite chez l'adulte

t que chez l'enfant. « Si, dit M. Watson, une ouverture artificielle est prati- alors que les forces du malade sont encore dans leur intégrité, et avant que anisme ne soit empoisonné par le sang veineux, ou les poumons engoués a congestion sanguine et l'effusion séreuse, elle peut presque infaillible- t lui sauver la vie. » Et il ajoute en conséquence : « C'est donc une pra- e mauvaise et inconsidérée que de temporiser. »

D'autres diffèrent l'opération. Ainsi M. Porter dit : « Lorsque nous avons preuves si nombreuses et si évidentes de la possibilité du succès par les ens antiphlogistiques, je pense que ces moyens doivent être adoptés et l faut persévérer dans leur emploi jusqu'à ce que la respiration soit telle- t affectée que, selon toute probabilité raisonnable, l'opération devient essaire. Quand le mal est arrivé à ce point critique, non-seulement l'opé- on doit être proposée, mais il est nécessaire qu'avec une certaine autorité en fasse sentir les avantages à la famille du malade. Quand il arriverait n individu de temps à autre y fût soumis sans une absolue nécessité, je demeure pas moins convaincu que beaucoup lui devraient leur salut. » son côté, le docteur Jameson, qui a publié treize cas très intéressants de héotomie, énonce le jugement suivant : « Dans le cas où les moyens ordi- es, tels que les vomitifs, les sangsues, l'application de la chaleur à la sur- du corps, ne réussiraient pas à conjurer les symptômes urgents, dès lors, nd la respiration devient striduleuse et croupale, ou qu'il y a suffocation iminente par suite de spasme de la glotte, que le pouls est fréquent et petit, empérature du corps diminuée, la tête renversée en arrière, la face con- ionnée, les yeux à demi ouverts, qu'il y a tendance au coma, difficulté de églutition, dès la première apparition de ces symptômes, je serais porté érer. » Erichsen pense aussi que « si des symptômes urgents de dyspnée nent à se produire, la trachéotomie doit être faite sans aucun délai. »

Que l'opération ne soit pas heureuse dans ses résultats, c'est ce qui est nu par ceux-là même qui la recommandent. Erichsen dit que « dans la rité des cas qu'il a eu occasion d'observer, et dans lesquels la tra- tomie a été pratiquée, la terminaison a été fatale par suite de broncho- monie survenue rapidement. » Sans doute on trouve dans les publications diques quelques exemples de succès ; mais ils ne sauraient être d'un l secours pour nous éclairer sur la valeur de l'opération, un nombre dérable de cas malheureux n'ayant jamais été publiés. Le docteur Ja- n cite trois guérisons sur onze opérations, et, d'après mon expérience e, je regarderais cette proportion comme très avantageuse. Le défaut de s a été attribué par quelques chirurgiens à l'hémorrhagie pendant l'opé- n ; mais cette explication ne s'accorde pas avec mes remarques, car dans seulement des cas relatés par le docteur Jameson, il y a eu hémorrhagie, ns aucune des opérations qui ont été suivies de mort je n'ai vu qu'il y un écoulement de sang d'une certaine importance. D'autres chirur- attribuent la *mort au retard apporté à l'opération* ; mais dans plusieurs

cas j'ai vu faire la trachéotomie huit heures après l'accident, et ces cas se terminer également par la mort. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que la broncho-pneumonie et l'infiltration des poumons sont les causes réelles de la terminaison fatale. Dans la brûlure du larynx, comme dans la submersion ou les autres modes d'asphyxie, cette terminaison a lieu quelquefois dans un très court espace de temps après l'accident, et certainement dans ces cas l'opération ne peut qu'être impuissante à la prévenir. C'est une question très difficile à résoudre si l'introduction directe de l'air froid dans la trachée et les rameaux bronchiques ne peut pas avoir pour effet d'activer la congestion et l'inflammation des poumons déjà malades : une chose qui tendrait à donner de la valeur à cette supposition, c'est que, bien que le malade paraisse toujours beaucoup mieux dès que la trachée a été ouverte, et mieux au point de tromper à la fois le chirurgien et les parents, on voit cependant au bout de quelques heures tous les symptômes reparaître et s'aggraver jusqu'à la mort, absolument comme si l'opération n'avait pas eu lieu. Le fait est que l'asphyxie est guérie, mais que l'infiltration et la congestion des poumons persistent et emportent le malade.

» Les cas que je publie aujourd'hui étaient amplement assez graves pour justifier l'opération. La respiration striduleuse, la face bouffie et pâle, les pupilles immobiles, le pouls rapide et faible, les poumons congestionnés, la peau froide, l'épiglotte dure et tuméfiée, le coma commençant, tous ces symptômes étaient certainement tout aussi sérieux que je les ai vus dans beaucoup d'autres cas où la trachéotomie a été faite, sans succès, par moi-même ou par d'autres chirurgiens. J'ai donc le droit de conclure que, si l'opération avait été pratiquée, il n'eût pas survécu plus d'un de mes quatre malades.

» Si un malade est à l'extrémité, il n'est pas douteux qu'alors le chirurgien ne soit autorisé à tenter l'opération, car, quoiqu'à peu près sans espoir, c'est le seul traitement qui puisse sauver d'une mort immédiate. Que parfois un semblable puisse guérir, c'est ce qui est prouvé par quelques exemples rapportés dans les journaux et dans les livres. Cependant je pense que le traitement antiphlogistique, s'il est institué assez promptement, sera de beaucoup plus avantageux ; mais pour réussir, il faut qu'il soit prompt et extrêmement énergique ; un petit nombre d'heures, voilà tout ce que nous avons pour agir, à moins que nous ne puissions enrayer soudainement le mal, ou au moins retarder les progrès de la seconde période ; la lésion des poumons et du cerveau, dès qu'elle viendra à se produire, exclura la possibilité du succès.

» Je commence le traitement par un vomitif, suivi d'un lavement purgatif, en même temps un petit nombre de sangsues, en rapport avec la force de l'enfant, sont appliquées au bord supérieur du sternum, et l'écoulement du sang est ensuite favorisé au moyen de fomentations ou de cataplasmes. Si l'enfant, je laisse pour instruction de me faire prévenir de son réveil, ou je reviens le voir au bout de peu d'heures. Si les symptômes de la seconde période se manifestent, je commence le calomel à doses proportionnées à l'âge

et à la force du petit malade ainsi qu'à la gravité des symptômes. Les sangsues seront répétées toutes les trois ou quatre heures, si la force de l'enfant le permet, en prenant le plus grand soin pour éviter l'hémorrhagie par les piqûres et l'épuisement par la perte du sang; pour cela, il est indispensablement nécessaire que, soit le chirurgien, soit un aide compétent, s'assure de l'état des choses avant chaque nouvelle application de sangsues. Le calomel doit être répété à intervalles très courts, toutes les heures ou demi-heures, et l'on pratique des frictions mercurielles sur le corps ou bien on fait des onctions dans les aisselles, le but étant de produire l'effet spécifique du mercure dans le plus court espace de temps possible.

» Le résultat du traitement ainsi dirigé a été très satisfaisant dans les cas où j'y ai eu recours. Les sangsues apportèrent un soulagement momentané; et, bien que les effets ainsi obtenus ne fussent que transitoires, cependant cela donna au mercure le temps d'agir, suivant toute probabilité favorisa son absorption, et en même temps diminua la congestion de l'encéphale. Aussitôt que le mercure eut déterminé des garderobes vertes, les symptômes dans chaque cas furent améliorés et l'enfant se rétablit. Les poumons furent les premiers organes débarrassés, ensuite le cerveau; le larynx ne le fut qu'en dernier lieu : en effet, pendant plusieurs jours après la disparition de tous les autres symptômes graves, l'épiglotte resta tuméfiée et dure.

» Mais le mal est arrivé à la seconde période, l'orthopnée est considérable, et la congestion des poumons se produit avec rapidité : je mets en usage à la fois et au même moment, l'émétique, les sangsues, les lavements, et les frictions à la pommade mercurielle. Dès que l'estomac est remis de l'effet du vomitif, je donne le calomel à la dose de deux grains, ordinairement répétée de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que ses effets se soient produits, et de nouvelles sangsues sont appliquées comme précédemment, toutes les deux ou trois heures, suivant la force du malade. Mais, dira-t-on, un traitement semblable a été essayé par d'autres. Cela n'est pas douteux, on a eu beaucoup recours aux sangsues et à la saignée. C'est dans ces moyens, ainsi que dans la trachéotomie, que le docteur Watson paraît mettre principalement sa confiance; mais il fait lui-même connaître un certain nombre de cas où ils n'ont pas eu de succès; et pour moi j'en ai vu deux où ils furent poussés au point d'amener un épuisement complet et où la maladie n'en parut pas moins faire les plus rapides progrès. En réalité, je ne regarde cette médication que comme purement transitoire et n'ayant d'autre importance que de préserver l'encéphale et les poumons de la congestion qui les menace, jusqu'à ce que le mercure ait eu le temps d'agir.

» Le mercure a été loué, préconisé par les uns, critiqué par les autres. Le docteur Watson n'a aucune foi dans la valeur de ce médicament : « Il n'est pas possible, dit-il, de compter qu'il exerce *à temps* son action, ni amener aucun amendement marqué des accidents lorsqu'il vient à produire ses effets spécifiques. » Sans doute, si on l'administre comme on le fait généralement,

c'est-à-dire à la dose de deux grains de calomel toutes les trois heures, le malade succombera avant que ces effets n'aient eu le temps de se produire; mais s'il est donné à la dose d'un ou de deux grains de demi-heure en demi-heure, ses effets se produiront en un temps extrêmement court, surtout si l'on y ajoute des frictions mercurielles sur une étendue considérable de la surface du corps. Cette méthode de produire rapidement les effets du mercure sur l'organisme nous a été enseignée par des cas de plaies de tête, dans lesquels nous avons amené la salivation chez des adultes par de petites doses très fréquemment répétées de ce médicament. Dans les cas dont il est présentement question, les garderobes se sont manifestées, dans un, huit heures seulement après l'administration de la première dose de calomel, dans les autres, en un laps de temps qui a varié entre dix-huit à vingt-six heures. Je ne nie pas que les malades ne puissent mourir même après l'action du mercure sur l'organisme; mais je n'ai pas vu d'exemple de ce genre, à l'exception d'un seul où j'avais d'abord pratiqué la trachéotomie, circonstance qui me laisse en doute maintenant si la guérison n'aurait pas eu lieu au cas où l'opération n'eût pas été faite.

« Peut-être objectera-t-on que quatre faits sont insuffisants pour servir de fondement à une méthode thérapeutique et lui donner des droits à prendre pied dans la pratique. Ma réponse sera simple : je n'ai rencontré que ces cas depuis que je fais usage de ce mode de traitement, et comme tous ont été suivis d'un heureux succès, je me crois autorisé à les publier, dans l'espoir qu'ils pourront décider d'autres médecins à entrer dans la même voie et à publier les résultats qu'ils auront observés. On pourrait penser que l'administration de si fortes doses de calomel dans un espace de temps si court n'est pas à l'abri de toute objection; mais à l'exception d'un seul cas où il y eut augmentation de la sécrétion salivaire pendant une couple de jours, et d'un autre où il y eut un peu de diarrhée à la suite, aucune espèce d'effets fâcheux ne fut la conséquence de cette manière d'agir, et les enfants se trouvèrent manifestement, au bout de peu de jours, dans un parfait état de santé. »

Depuis que les pages précédentes ont été écrites il a été publié un remarquable relevé statistique (1). Nous y apprenons que l'opération de la trachéotomie dans les cas de brûlure du larynx a été encore plus malheureuse en Angleterre qu'en Irlande, puisque trois malades seulement ont été sauvés sur quatorze opérés; et, comme dans un des cas il paraissait douteux à l'auteur que la glotte eût été réellement atteinte par la brûlure, cela réduirait la proportion de la guérison à un cas seulement sur six et demi. Cette statistique confirme plusieurs des points que j'ai établis : 1° que l'insuccès de l'opération ne provient pas du délai que l'on apporte à la pratiquer, puisque dans le plus grand nombre de ces cas la trachéotomie fut faite moins de sept heures après l'accident; 2° que beaucoup de cas où la position des malades a semblé d'abord

dical Times and Gazette, 22 octobre 1859.

liorée par l'opération pendant un peu de temps, ne s'en sont pas moins ıite terminés d'une manière fatale ; 3° que, dans plusieurs au moins, c'est une ıdie des poumons, bronchite, pneumonie ou broncho-pneumonie, qui a été ause immédiate de la mort. Malheureusement, au point de vue patholo- ıe, plusieurs de ces cas sont rapportés d'une façon très imparfaite : dans la mort fut causée par une hémorrhagie, et dans trois par l'épuisement. Voici quelques-unes des observations du docteur Philip Bevan.

Observation I. — William Carroll, âgé de deux ans et demi, enfant d'une le santé, fut apporté à Mercer's Hospital le 25 septembre 1852, à sept heures soir, dix minutes après avoir bu d'une infusion de graine de lin bouillante au ılot d'une bouilloire. Après l'accident, il se mit à pousser des cris déchirants ; is il respirait sans difficulté, et ses parents ne voulurent pas le laisser à l'hô- al.

Le lendemain matin, il me fut présenté de nouveau : d'après les explications s parents, il avait très peu souffert jusqu'à dix heures du soir, mais à partir de moment la respiration était devenue difficile. A dix heures du matin, quinze ıres après l'accident, respiration pénible, fréquente, striduleuse ; pouls rapide petit ; pas de râle muqueux ni crépitant ; face très légèrement congestionnée ; s de coma. C'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à faire avaler un peu tisane à l'enfant, en raison de la lésion douloureuse dont la bouche et le gosier ıt le siége. Épiglotte tuméfiée, dure, ayant le volume d'une noix. Prescription : tion composée de 2 grains d'émétique dans une once d'eau et une once de op, à donner par cuillerées à café de dix en dix minutes, jusqu'à effet vomitif; rès un petit nombre de doses, cette potion détermina des vomissements abon- nts ; 1 grain de calomel toutes les heures ; application de trois sangsues à la rtie supérieure du sternum. A deux heures après midi, aggravation considé- ble des symptômes ; respiration difficile, croupale ; à chaque instant, le petit lade tombe dans l'assoupissement ; ses yeux sont à demi fermés. Application uvelle de trois sangsues à la région sternale, continuation du calomel.

A quatre heures du soir, consultation, afin de décider s'il y avait lieu de pra- uer immédiatement la trachéotomie. A la suite des sangsues, la dyspnée avait rouvé un amendement marqué ; à notre entrée dans la salle, l'enfant était oupi, mais on put l'éveiller facilement ; la respiration n'était plus aussi crou- le, bien qu'il y eût beaucoup de râle muqueux dans une grande étendue de la trine. Le pouls était à 150 environ, mais pas plus faible qu'avant les dernières ıgsues ; il y avait eu une selle sous l'influence du purgatif. Après mûre délibé- ion, mes collègues et moi tombâmes d'accord de différer l'opération, les émis- ns sanguines locales ayant amené de l'amélioration, et le pouls restant assez t pour permettre la répétition du même moyen. Nous prescrivîmes 2 grains calomel, et 3 grains de poudre de craie composée par heure, l'application de is autres sangsues au sternum, et de plus des frictions avec l'onguent mercu- l dans les aisselles et sur l'abdomen. A sept heures du soir, l'enfant était ıs un état demi-comateux, mais dont on pouvait le faire sortir ; son pouls ıit à 120 ; sa respiration à 30 par minute ; éveillé, il se met à son séant, prend poudre, et retombe dans son assoupissement ; respiration moins croupale.

Le 27, à ma grande surprise, je trouvai mon petit malade assis sur son lit ; le ractère croupal de la respiration était considérablement amendé ; l'état des umons bien amélioré ; pas de crépitation pneumonique ; les râles de bronchite ins prononcés, mais encore beaucoup de mucus dans les grosses bronches ; ıx franche, expectoration facile : pouls à 120 ; trois garderobes vertes abon-

dantes pendant la nuit; peau fraîche. Continuation du calomel toutes les trois heures. Diète lactée.

Le 28, suppression du calomel, l'action purgative ayant eu lieu plusieurs fois.

Le 30, l'enfant quitte l'hôpital, parfaitement bien, à l'exception d'un peu de toux. L'épiglotte, quoiqu'elle soit bien diminuée, reste encore plus volumineuse qu'à l'état normal.

Observation II. — Patrick Byrne, âgé de trois ans, fut admis à l'hôpital le 7 septembre 1858, ayant humé de l'eau bouillante au goulot d'une bouilloire, la veille à six heures du soir, c'est-à-dire quinze heures auparavant. Il est assoupi dans les bras de sa mère : il a la respiration pénible et croupale, la face congestionnée, la muqueuse buccale, dans tous les points accessibles aux regards, d'une coloration blanchâtre ; l'épiglotte est dure, tuméfiée, arrondie, du volume d'une grosse cerise, preuve que la vapeur brûlante ou l'eau elle-même a été en contact avec cette partie. L'enfant, au rapport de sa mère, a rejeté le liquide aussitôt qu'il l'a eu dans sa bouche. Je prescrivis: trois sangsues à la région sternale; solution de tartrate d'antimoine et de potasse, un grain pour une once d'eau, deux cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à effet vomitif ; lavement purgatif avec la térébenthine, dans le cas où l'émétique ne déterminerait pas de garderobe; un grain de calomel toutes les heures; des onctions de pommade mercurielle dans les aisselles. A trois heures du soir, le petit malade est toujours dans l'assoupissement ; la face est turgide ; les pupilles contractées; l'inspiration fortement striduleuse et difficile ; il y a des râles muqueux dans les grosses bronches et des râles sonores à la base des deux poumons. Les sangsues ont bien saigné ; le lavement purgatif est resté sans résultat. L'enfant est très altéré, il demande constamment de l'eau fraîche. Répétition immédiate du lavement; trois sangsues vers l'extrémité supérieure du sternum, et, à la suite de leur application, fomentations avec de l'eau tiède. Je le revois à neuf heures du soir : l'intestin a été évacué à la suite du lavement ; les sangsues paraissent avoir procuré un grand soulagement; la respiration est moins sonore, les poumons sont dans le même état ; toujours assoupissement marqué. Continuation du calomel jusqu'à effet purgatif bien prononcé.

Le 8, au matin, je trouvai l'enfant assis sur son lit, considérablement soulagé ; la respiration encore sonore, mais moins de mucosités dans les bronches. Il a été très assoupi. La purgation a commencé à agir à trois heures du matin (je n'ai pas noté si les matières étaient vertes). Répéter le calomel toutes les deux heures. L'amélioration continue dans la journée.

Le 9, état encore amélioré ; le petit malade a bien dormi, mais il est si maussade et si récalcitrant qu'il est impossible d'examiner la poitrine d'une manière satisfaisante. Cependant il y a moins de mucosités dans les bronches, elles sont expectorées assez facilement. L'épiglotte est toujours tuméfiée, mais elle semble l'être moins qu'au début. Il y a eu deux garderobes. La bouche est très douloureuse, en sorte que l'enfant ne peut manger que de la panade très molle. — A partir de ce moment, il continua d'aller de mieux en mieux, et quitta l'hôpital au bout de peu de jours, parfaitement bien, à l'exception d'un peu de toux.

Observation III. — Bridget M'Bride, petite fille d'un an et dix mois, enfant faible et délicate, entrée le 1er octobre, a voulu boire du café bouillant à la cafetière, à midi environ. Apportée à deux heures à Mercer's Hospital, elle fut immédiatement reportée chez elle ; puis on vint la présenter de nouveau une heure plus tard, c'est-à-dire trois heures après l'accident. Averti aussitôt, je la vis presque immédiatement: elle était étendue, les lèvres entr'ouvertes, à demi assoupie ; sa respiration était striduleuse et croupale. Mon doigt, introduit dans

la bouche, rencontra l'épiglotte très dure et ayant pris une forme arrondie, du volume d'une groseille à maquereau ; la bouche et les lèvres présentaient les traces de la brûlure ; les pieds étaient froids, la face et la poitrine baignées d'une sueur froide. Jamais je n'ai vu un cas aussi grave si peu de temps après l'accident. Prescription : Deux sangsues à la partie supérieure du sternum ; deux grains de tartre stibié pour une once d'eau, une cuillerée à café de dix en dix minutes jusqu'à vomissements ; lavement simple, s'il n'y a pas d'effet purgatif ; frictions avec une drachme de pommade mercurielle dans chaque aisselle ; 1 grain de calomel toutes les heures. A sept heures du soir, la petite malade paraît plus mal : respiration plus laborieuse, pouls très fréquent et faible ; coma de même qu'auparavant ; râles sifflants et sonores à la partie postérieure des poumons, mais pas de matité à la percussion ; ailes du nez fortement dilatées ; creux profonds au-dessus des clavicules, à chaque inspiration, par suite des violents efforts pour attirer l'air dans les poumons ; suffusion des yeux, dilatation des pupilles. Après l'émétique, vomissements, mais pas de garderobe ; le lavement administré alors a déterminé une abondante évacuation ; les sangsues ont bien saigné et ont paru quelque temps produire du soulagement. Malgré la faiblesse du pouls, j'ordonnai l'application de deux autres sangsues à la région sternale, des fomentations à la suite et des frictions mercurielles à la partie postérieure du thorax. J'avoue que je ne croyais pas retrouver cette enfant vivante le lendemain matin. Dans le cas où l'état des forces le permettrait, je chargeai l'élève résidant, M. Cumming, d'appliquer de nouveau des sangsues pendant la nuit, et de continuer le calomel.

Le 2 octobre, vingt et une heures après l'accident, on m'envoya dire que la petite fille était mieux. Je la trouvai assoupie ; la respiration était croupale et laborieuse ; les creux au-dessus des clavicules semblaient aussi marqués que précédemment ; mais dès qu'elle s'éveillait, tous les symptômes paraissaient améliorés, la respiration était moins bruyante ; toutefois l'amélioration, bien qu'évidente, n'était pas considérable ; des râles sibilants et sonores s'entendaient dans la plus grande partie de la poitrine, et des mucosités abondantes s'agitaient avec bruit dans les bronches ; le pouls était très fréquent, mais pas plus faible que dans la soirée précédente ; le cri avait de la force ; en se réveillant, elle but un peu de lait. Deux sangsues encore au sternum, frictions mercurielles sur la poitrine, continuation du calomel. A trois heures après midi, la respiration me sembla plus difficile ; pupilles dilatées ; beaucoup d'agitation : nouvelle application de deux sangsues.

Le 3, l'enfant est beaucoup mieux : sa respiration est assez paisible, presque naturelle ; mais elle est dans une agitation extrême et sa mère la croit tout aussi malade ; cependant la respiration et les autres symptômes sont certainement améliorés ; la surveillante rapporte qu'il y a eu deux selles de couleur verte à deux heures du matin, c'est-à-dire trente-cinq heures après ma première visite. Pendant ce temps, des frictions ont été faites constamment avec la pommade mercurielle, 36 grains de calomel ont été pris. Le doigt, porté sur l'épiglotte, la sent encore volumineuse et dure. A cinq heures du soir, je trouvai l'enfant dormant tranquillement et respirant sans aucune difficulté.

Le 4, respiration naturelle, sans bruit croupal ; bouche à peu près en bon état ; selles vertes ; expectoration facile des mucosités.

Le 5, la petite malade va de mieux en mieux. La fonction respiratoire est normale, seulement un peu de bronchite ; inspiration non croupale ; à cela près qu'elle est maussade, l'enfant paraît bien, mais elle est très faible. L'épiglotte est encore volumineuse, mais certainement diminuée de volume. Pas de traitement.

Le 6, sortie en bon état, sauf de la brûlure aux lèvres et à la bouche.

Observation IV. — Ann Jane Fitzgerald, âgée de deux ans et demi, d'une constitution délicate, mais d'une bonne santé, fut admise à Mercer's Hospital le 30 septembre 1859, à trois heures du matin. La grand'mère racontait que le soir précédent, à sept heures, sa petite-fille avait bu une gorgée d'eau bouillante à la bouilloire, mais l'avait rejetée tout de suite ; que, l'ayant immédiatement portée dans un établissement de la ville où on lui avait dit que cela ne serait rien, elle l'avait rapportée chez elle et lui avait fait prendre une petite dose d'huile de ricin. L'enfant avait bien dormi, mais sa respiration s'était peu à peu embarrassée, et était devenue de plus en plus difficile jusqu'au moment de son arrivée à l'hôpital ; une dose d'ipécacuanha administrée par l'élève résidant était restée sans effet. Je vis l'enfant vers quatre heures du matin, environ huit heures après l'accident. Elle offrait tous les symptômes ordinaires dans ces sortes de cas : elle était étendue sur le dos, dans un demi-coma, les yeux à demi fermés, la bouche ouverte, les lèvres brûlées, la respiration sifflante, l'inspiration longue et sonore, l'expiration courte et accélérée, le larynx s'élevant et s'abaissant avec rapidité, les mains froides et légèrement visqueuses. Elle se tournait tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre ; les pupilles étaient contractées et fixes ; le pouls, si fréquent que je ne pus le compter ; l'épiglotte avait le volume d'une bille et était très dure.

Je prescrivis 1 grain de tartre stibié dans une demi-once d'eau, une cuillerée à café toutes les dix minutes jusqu'à production de vomissements ; trois sangsues à la partie supérieure du sternum ; elles furent appliquées avant que l'émétique n'eût commencé à faire effet. Un lavement avec la térébenthine fut administré en même temps et des frictions mercurielles pratiquées dans chaque aisselle. Je restai jusqu'à ce que l'emploi de tous ces moyens eût été commencé sous mes yeux. Le vomitif agit après la troisième dose, mais il n'y eut d'autres matières rendues que de l'eau et des mucosités, l'enfant n'ayant pris aucun aliment depuis plusieurs heures. J'ordonnai, dès que l'estomac serait redevenu calme, de donner deux grains de calomel toutes les demi-heures ; et aussitôt que les sangsues seraient tombées, d'appliquer un cataplasme de farine de lin sur les piqûres, à condition toutefois qu'aucune ne donnât de sang en trop grande quantité.

A neuf heures du matin, un bulletin me fut envoyé pour me rendre compte de l'état des choses. Une garderobe abondante avait eu lieu à la suite du lavement ; les sangsues avaient paru amener du soulagement, mais ce soulagement ne s'était pas maintenu ; 18 grains de calomel avaient été pris depuis ma visite. Peu à peu la petite malade était retombée et elle était alors dans la même situation qu'auparavant ; décubitus, yeux fermés, pupilles contractées, mais se dilatant lorsqu'on la réveillait pour lui faire prendre quelque chose. A chaque effort pour avaler elle était prise d'une sorte de spasme ; mais le reste du temps elle était dans un demi-coma. La respiration était tout aussi difficile, et tous les symptômes aussi graves qu'avant le traitement ; le pouls était excessivement rapide et faible, les joues pâles, les lèvres un peu livides. En raison du défaut d'amélioration et de la faiblesse du pouls, je ne doutais pas que dans ce cas l'opération ne devînt nécessaire, et en conséquence je pris mes arrangements pour avoir une consultation avec mes collègues, si à midi les symptômes ne s'étaient pas amendés. Cependant je prescrivis d'appliquer encore trois sangsues et de donner comme précédemment 2 grains de calomel toutes les demi-heures. A midi, je trouvai l'enfant assise sur son lit et regardant autour d'elle, la respiration encore rauque, mais moins bruyante. Ses parents la trouvaient décidément mieux. Elle avait eu deux selles vertes, mais d'une teinte moins foncée qu'à l'ordinaire. En conséquence, je fis continuer le calomel toutes les heures à la dose d'un grain. L'amélioration doit avoir été très subite, car d'après le rapport de l'élève résidant, une

demi-heure avant ma visite elle était tout aussi mal que jamais. A trois heures et demie du soir elle eut une nouvelle selle copieuse; mais elle était encore visiblement assoupie ; respiration sonore, mais pas aussi bruyante ; 52 respirations par minute ; pouls à 130 ; les piqûres avaient continué à donner un peu de sang dans le cataplasme qui fut dès lors supprimé ; je ne trouvai pas l'amélioration aussi marquée que je m'y étais attendu. A dix heures du soir, je fus informé par une note de l'interne, M. O'Connor (qui en mon absence surveilla les cas d'un bout à l'autre avec la plus grande attention), que l'enfant avait eu trois garde-robes vertes abondantes et de couleur foncée, que son pouls avait repris de la force, que sa respiration était à 48 par minute, sensiblement améliorée, et qu'elle criait pour avoir à manger. Continuation du calomel toutes les deux heures.

Le 1er octobre, l'enfant n'a pas beaucoup dormi pendant la nuit, mais elle continue à respirer paisiblement, 46 fois par minute environ. Pas d'effet purgatif depuis la veille au soir ; elle paraît assoupie, mais non dans le coma. Le docteur Jameson et moi nous examinons l'épiglotte avec le doigt, elle est toujours arrondie et dure comme une bille. De la salive s'écoule continuellement de la bouche, en assez grande quantité pour mouiller un petit mouchoir de poche ; mais les gencives ne sont ni ulcérées, ni douloureuses au toucher. Une assez grande quantité de mucosités s'agite avec bruit dans les grosses bronches. Suppression de tout traitement.

Le 2, pouls à 120 ; respiration aisée ; inspiration non bruyante ; léger catarrhe des bronches, où il reste encore des mucosités ; une selle verte copieuse ; pas de rougeur ni d'ulcération des gencives ; mais toujours écoulement de salive. L'enfant demande à manger.

Le 4, sortie. Bon état, sauf un peu de toux.

Dans ce cas, la petite malade prit 56 grains de calomel, 44 dans l'espace de onze heures avant l'apparition des selles vertes. Elle fut ramenée à l'hôpital le 8, en très bon état.

LIVRE V.

DES MALADIES DU THYMUS.

Le thymus est une glande très volumineuse qui commence à paraître au deuxième mois de la vie intra-utérine, et qui s'accroît sans cesse jusqu'au moment de la naissance. Elle augmente même encore après cet instant, d'après Haugsted, jusqu'à la fin de la seconde année. Elle pèse de 5 à 20 et 30 grammes. Elle s'étend de la base du cœur au-dessus des clavicules et quelquefois jusqu'au larynx. Après la deuxième année, cette glande s'atrophie et finit par disparaître.

Le thymus manque quelquefois dans le cas d'acéphalie. Ailleurs, il est très volumineux, surtout chez les enfants forts et très développés, mais cette disposition n'entraîne pas d'accidents spéciaux. Ainsi, sur 60 enfants de deux à quatre ans, dont M. Hérard a examiné le thymus, 50 avaient un thymus du

poids normal de 1 à 4 grammes, et chez les 10 autres, il pesait de 7 à 37 grammes. Les 10 enfants porteurs de ces thymus étaient morts : 6 du croup, 1 de laryngite aiguë, 1 d'asthme, 1 de variole et 1 de méningite. Quelques médecins ont fait jouer un grand rôle dans la pathologie de l'enfance, à l'augmentation de volume de cette glande ; mais les troubles spéciaux du côté de la glotte et de la respiration qu'on rapporte à l'hypertrophie du thymus et qu'on a désignés sous le nom d'asthme thymique ou d'asthme de Kopp, ne sont vraisemblablement pas liés à cette hypertrophie. Cela est d'autant plus facile à démontrer, que dans les cas d'asthme réputé thymique, souvent le thymus conserve ses dimensions normales, ainsi que les autopsies l'ont démontré. Cet asthme thymique n'est qu'un spasme de la glotte et du diaphragme, indépendant des altérations du thymus, et je l'ai décrit à propos des névroses de l'encéphale, sous le nom de phréno-glottisme.

§ I. — Inflammation et suppuration du thymus.

On trouve quelquefois dans le thymus des nouveau-nés morts peu après leur arrivée au monde, des foyers de suppuration signalés par divers auteurs, et principalement par M. Paul Dubois, qui attribue leur formation à une phlegmasie spécifique provoquée par la syphilis héréditaire. En effet, cet auteur n'a jamais rencontré cette altération que chez des enfants nouveau-nés présentant d'autres phénomènes de syphilis ou engendrés par des parents eux-mêmes affectés de cette maladie, et cela lui a suffi pour établir la nature syphilitique de l'altération. Cette opinion restera tant qu'on n'aura pas démontré la possibilité d'une suppuration congénitale du thymus en dehors de la cause vénérienne.

Il faut toutefois prendre garde de confondre ces abcès avec l'infiltration lactescente de matière grasse qu'on trouve sur tous les jeunes enfants dans les thymus à l'état physiologique.

L'erreur est très facile à commettre, et si l'on en jugeait sur les apparences, il n'y aurait pas moyen de l'éviter. Il faut, en pareille circonstance, regarder au foyer d'un bon microscope, le liquide sorti du thymus. Dans un cas on trouve des globules de pus bien formées, et dans le second, au contraire, des globules de graisse très faciles à reconnaître.

§ II. — Dégénérescence du thymus.

Le thymus peut se transformer en tissu squirrheux, en tubercule ou en matière calcaire. La transformation squirrheuse est inconnue chez l'enfant, et la transformation calcaire y est fort exceptionnelle. Binninger l'a cependant vue une fois chez une petite fille de trois ans qui mourut d'une maladie du poumon avec de la toux et une dyspnée considérable. La transformation tuberculeuse est, au contraire, assez fréquente, et s'observe chez les enfants

crofuleux qui meurent avec la diathèse tuberculeuse et des tubercules dans plupart des viscères.

Cette altération n'est curieuse qu'au point de vue de l'anatomo-pathologie, le n'intéresse en rien la pratique, et je ne veux pas m'y arrêter.

LIVRE VI.

DES MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA BRONCHITE.

On donne le nom de *bronchite* à l'inflammation de la membrane muqueuse les bronches. Elle est également désignée sous les noms de rhume et de catarrhe pulmonaire. Les enfants à la mamelle sont ceux qui présentent le plus e disposition à être affectés par cette maladie.

La bronchite est une affection dont l'*étendue anatomique* est variable, et ui survient d'*emblée* ou *consécutivement* à une autre maladie. Elle se manifeste sous la forme *aiguë* et sous la forme *chronique*.

L'étendue en constitue le phénomène capital. En effet, il est inutile de dire ue la bronchite partielle, qui n'affecte que les grosses bronches, est essentiellement différente de la bronchite généralisée, qui s'étend au contraire usque dans les plus petits rameaux bronchiques. Celle-ci se transforme presque constamment en pneumonie lobulaire, et forme la *broncho-pneumonie*, it anatomique qui change toute l'expression dynamique des symptômes, et ui donne beaucoup de gravité à la maladie.

Je ferai d'abord connaître les causes de la bronchite et les altérations de tissu ui en résultent, j'exposerai ensuite les symptômes et la marche de cette aladie, puis je terminerai par l'énoncé des moyens de traitement qu'elle clame.

Causes.

L'inflammation de la membrane muqueuse pulmonaire est une maladie ui s'observe très souvent dans l'enfance, et en particulier dans la période mprise entre le moment de la naissance et la fin de la première dentition. et âge les causes les plus légères ont une action fâcheuse et déterminent cilement l'irritation de cette membrane. La bronchite généralisée est loin être aussi fréquente que la bronchite partielle. Il n'est pas d'enfants qui aient eu dans leur vie un ou plusieurs rhumes de peu d'importance. Il n'y

en a qu'un petit nombre au contraire, dont la maladie transformée en bronchite générale, ait été assez grave pour donner de l'inquiétude à leurs parents et nécessiter l'intervention du médecin.

La bronchite primitive se rencontre aussi souvent que la bronchite secondaire. La première est peut-être même un peu plus fréquente. Les relevés des hôpitaux ne peuvent suffire pour juger cette question, car un grand nombre de faits de bronchite sont perdus pour le médecin d'hôpital, qui ne voit que les cas les plus graves. Or, la plupart des exemples de bronchite légère sont des exemples de bronchite primitive. Il serait donc impossible d'arriver à une solution précise à cet égard, si l'on voulait comparer la pratique de l'hôpital à la pratique de la ville. C'est, du reste, ce que personne n'a encore fait jusqu'ici.

Le sexe des enfants n'a aucune espèce d'influence sur la production du catarrhe pulmonaire. Les garçons comme les filles sont indistinctement frappés par cette maladie.

Elle ne se montre pas également à toutes les époques de l'année. Elle règne plus spécialement pendant l'hiver et au printemps, au moment où la température est humide et basse, sujette à de brusques variations. L'action subite ou prolongée du froid en est la cause occasionnelle la plus ordinaire.

Elle se développe de préférence chez les enfants des classes pauvres, qui sont souvent mal nourris, vêtus d'une manière insuffisante, et dont les parents sont privés des ressources nécessaires pour entretenir autour d'eux une température convenable.

Il faut placer, à côté de l'influence des conditions hygiéniques, celle qui résulte de l'hérédité et de la mauvaise santé habituelle des enfants. Ainsi, quoiqu'il ne paraisse exister aucun rapport entre la délicatesse de constitution, l'état lymphatique, scrofuleux ou rachitique de certains enfants et la production de la bronchite, il n'en est pas moins vrai que ces circonstances prédisposent beaucoup au développement de cette affection. Certains enfants ont les muqueuses très susceptibles, parce que leurs parents ont la même infirmité par suite de leur tempérament mou et lymphatique, et cette disposition se révèle tantôt sur la muqueuse nasale ou pulmonaire, tantôt sur la muqueuse génitale et digestive, etc.

La bronchite se rattache d'une manière très directe à l'éruption des dents ou de certaines fièvres éruptives, et en particulier de la rougeole. Elle est si fréquente pendant le cours de cette affection qu'on peut la considérer comme une de ses dépendances essentielles. La fièvre morbilleuse se traduit sur la muqueuse des bronches, comme sur la muqueuse de l'œil et du nez. La, c'est une éruption bien caractérisée de la peau; ailleurs, c'est une irritation avec flux des muqueuses. Au reste, cette bronchite spécifique ne diffère pas seulement chez les enfants à la mamelle de la bronchite ordinaire; la même différence, comme on le sait, existe également très marquée chez l'adulte.

L'inflammation de la muqueuse des bronches est ordinairement une maladie

sporadique; de temps à autre elle frappe un grand nombre d'enfants à la fois, sévit également sur les adultes; elle règne d'une manière *épidémique*. La plupart des auteurs ont observé des épidémies de ce genre. Il en est fait mention dans Stoll, Sydenham, Fothergill, Lepecq de la Clôture, etc., et dans quelques travaux plus modernes de Pétrequin, Piedagnel, etc. Enfin, et c'est par là que nous terminerons, cette maladie est si commune dans certains lieux où les jeunes enfants sont réunis en grand nombre, comme à l'hôpital des Enfants trouvés, qu'on pourrait la considérer comme *endémique*. Elle résulte plutôt du peu de soins donné aux enfants et de l'influence des conditions hygiéniques mauvaises qui les environnent.

Anatomie pathologique.

Sous l'influence de ces causes ou de ces impressions morbides, des modifications de texture s'opèrent dans la membrane muqueuse des bronches. Elles se développent toujours des deux côtés, dans tout l'arbre bronchique; elles sont toujours plus intenses du côté droit. La membrane muqueuse est le siége d'une injection capillaire considérable, qu'il est facile de reconnaître dans les bronches volumineuses, et qu'on ne peut guère apprécier dans les bronches du petit calibre; la rougeur varie du rose vif au rouge foncé. On ne peut se méprendre sur sa nature inflammatoire lorsque le tissu pulmonaire sous-jacent n'est pas fluxionné, et lorsque dans les bronches avec cerceaux cartilagineux elle est uniforme, aussi intense sur les cartilages que dans leurs intervalles. Cette coloration n'est pas la même dans tous les points de l'arbre bronchique; elle est plus marquée dans les bronches des lobes inférieurs et dans les bronches du bord postérieur de l'organe. Elle ne disparaît pas par le lavage.

On ne peut, sans crainte de tomber dans l'erreur, parler des changements survenus dans la consistance et l'épaisseur de la membrane muqueuse. Les tentatives faites à ce sujet pour arriver à un résultat positif, sont restées infructueuses, et les auteurs qui se sont dévoués à ces laborieuses recherches, ont été, malgré leur grande habitude de l'anatomie pathologique, obligés d'avouer leur impuissance.

Les ulcérations bronchiques sont excessivement rares chez les enfants. M. le docteur Fauvel en a rapporté un exemple incontestable. Ces ulcérations dont le diamètre avait de 1 à 4 lignes de diamètre, dont la forme était variée, occupaient les bronches de moyen calibre; les bords en étaient rouges et peu saillants; le fond paraissait constitué par du tissu cellulaire et du tissu jaune élastique. On les rencontre surtout *dans la seconde enfance*, dans les cas de maladies tuberculeuses. M. Barrier signale aussi, parmi les lésions anatomiques de la bronchite, observées dans la seconde enfance, la dilatation des orifices des cryptes de la muqueuse, dont l'ouverture ressemble assez aux ulcérations de cette membrane. Ces cryptes dilatées se distinguent des ulcérations par

leur forme régulière, parfaitement arrondie, et par le mucus qu'elles renferment dans leur profondeur et qu'on fait sortir par la pression. Nous n'avons jamais rien rencontré de semblable chez les *enfants à la mamelle.*

Les grosses bronches sont ordinairement remplies par un mucus blanchâtre, visqueux et adhérent, plus ou moins aéré. On trouve dans les petites un liquide plus épais et plus opaque, dont la viscosité est quelquefois assez considérable pour offrir l'aspect d'une petite fausse membrane. Ces liquides peuvent être rougeâtres, sanieux et même entièrement purulents. *On y trouve quelquefois aussi de petits fragments de lymphe plastique.* Ailleurs ce sont de véritables concrétions pseudo-membraneuses tubulées, ainsi que M. Fauvel les a observées dans la bronchite capillaire. Ces faits sont excessivement rares.

La durée de la maladie détermine assez ordinairement une altération dans le calibre des bronches. Il s'opère dans les conduits une dilatation plus ou moins considérable, qui porte sur toute leur longueur ou sur un seul point de leur étendue. Dans un cas, les bronches sont dilatées dans tout leur trajet jusqu'à la surface du poumon, et restent béantes après la section du poumon. Dans l'autre, il n'y a que les extrémités bronchiques dont le diamètre soit augmenté ; elles forment au milieu du tissu pulmonaire une quantité de vacuoles plus ou moins volumineuses, occluses de toutes parts, tapissées par une membrane très fine et très lisse qui se continue sans interruption avec la membrane interne des bronches.

Cette dilatation, qui n'existe que dans les bronchites de longue durée, s'explique physiquement assez bien. On pense avec raison que la présence des mucosités dans les canaux bronchiques apporte un obstacle considérable au retour de l'air inspiré, lequel se trouve ainsi emprisonné dans les cellules aériennes. A chaque inspiration, de nouvelles portions d'air tendent à s'ajouter à celles qui sont déjà incluses ; de là résultent une compression incessante et une dilatation dans les extrémités bronchiques. Telles sont les hypothèses raisonnables que l'on peut émettre sur la production de la dilatation des petites bronches, et il faut dire qu'on ne saurait leur rien objecter de sérieux. — C'est ainsi que je comprends avec la plupart des auteurs le mécanisme de la production de ce phénomène important.

On rencontre quelquefois une altération qui joue, dit-on, un grand rôle dans la production de la pneumonie lobulaire et que M. Fauvel qualifie de bronchite vésiculaire. Elle est caractérisée par la présence au milieu du poumon, resté souple et perméable, d'un grand nombre de petites ampoules grisâtres, remplies d'air et de mucus, semblables, pour l'aspect extérieur, à des granulations tuberculeuses demi-transparentes. Cette altération est plus commune chez les enfants de deux à cinq ans que chez ceux qui sont encore au sein de leur mère. Lorsque chez ces derniers nous avons rencontré les vésicules, ou plutôt les ampoules dont nous parlons, elles accompagnaient une bronchite chronique occasionnée par la présence des tubercules. Chacune de

ces ampoules renfermait une granulation tuberculeuse attachée à la paroi. L'altération, qui me paraît au contraire indiquer le passage anatomique de la bronchite vésiculaire à la phlegmasie du lobule, se présente sous forme de petits points rouges miliaires, déjà durs, semblables à des ecchymoses, dont le centre est occupé par un point noir ou quelquefois par une tache grise, sans ampoule, et que l'on pourrait confondre avec une granulation tuberculeuse. Cette altération est très fréquente chez les jeunes enfants, on la rencontre toujours avec les mêmes caractères; ils sont parfaitement connus des médecins.

Le parenchyme du poumon, quoique congestionné, conserve son état naturel au milieu de la bronchite ordinaire, c'est-à-dire celle des grosses bronches. Dans la bronchite généralisée, étendue aux bronches capillaires, on trouve *toujours* les sugillations ecchymotiques dont nous venons de parler, réunies à un plus ou moins grand nombre de noyaux de congestion lobulaire. A ce degré, il n'y a pas de bronchite généralisée simple, l'état morbide est au moins double et se rapporte constamment à l'inflammation des bronches et à un commencement d'inflammation du tissu du poumon. Cette dernière suit de près le développement de la phlegmasie bronchique dont elle est la conséquence. L'observation de ce fait justifie le nom de *broncho-pneumonie*, employé par quelques auteurs pour désigner la maladie qui nous occupe.

L'emphysème du poumon n'existe jamais comme complication de la bronchite partielle. Il n'existe que dans les cas de bronchite générale et réunie à la pneumonie lobulaire. Cet emphysème se présente comme celui de la pneumonie (voy. ce chapitre) sous la forme interlobulaire et rarement sous la forme vésiculaire. Il est quelquefois fort considérable.

Lésions de la bronchite chronique. — Les altérations de la bronchite chronique portent principalement sur le calibre des bronches. Ces conduits sont le siége d'une dilatation plus ou moins considérable, qui offre les mêmes caractères que nous avons indiqués précédemment. Lorsque la dilatation est partielle, il en résulte quelquefois des excavations assez grandes, tubuleuses ou renflées par intervalles, ce qui peut donner naissance durant la vie à des phénomènes d'auscultation, comparables à ceux que fournissent les cavernes tuberculeuses. C'est à tel point que souvent tout diagnostic devient impossible.

Symptômes.

La bronchite des enfants à la mamelle se présente avec une expression symptomatique toute différente de celle des autres enfants plus âgés. Depuis la naissance jusqu'à la fin de l'allaitement, et même encore pendant quelques années, cette maladie présente d'énormes difficultés pour le diagnostic. On ne peut arriver à les vaincre que d'une seule manière : en décrivant à part la bronchite simple c'est-à-dire la bronchite des bronches moyennes et la bronchite généralisée, que l'on appelle quelquefois *bronchite capillaire* ou avec

catarrhe suffocant. La première est toujours facile à reconnaître tandis que la seconde est d'un diagnostic plus douteux et peut être confondue avec la pneumonie lobulaire dont elle n'est souvent que le premier degré.

Bronchite simple. C'est à celle-ci qu'il faut réserver le nom de rhume et de catarrhe. Elle s'accompagne d'un petit nombre de symptômes faciles à saisir et constants dans leur manifestation.

Après un léger mouvement fébrile, qui souvent échappe, ou après un coryza, le jeune enfant tousse; c'est le premier signe qui attire l'attention des parents. Cette toux est ordinairement sèche, et, par exception, formée de quintes nombreuses, de courte durée, sans caractère spécial. Puis elle devient humide, grasse, et les quintes disparaissent. L'expectoration est nulle à cet âge.

Le facies conserve son expression naturelle, à part toutefois un peu de langueur et d'abattement des yeux. Il ne présente aucune coloration extraordinaire.

La respiration est toujours un peu accélérée, mais sans modification des phénomènes respiratoires extérieurs. Ces mouvements s'accomplissent un peu plus vite, mais sans saccades, sans perversion de rhythme, sans efforts musculaires considérables, sans agitation convulsive des narines.

La résonnance du thorax n'est point modifiée. L'auscultation révèle, au début, dans les deux côtés, la présence des râles sibilant, sonore, ronflant, à une époque plus avancée, les mêmes râles auxquels se joint le râle muqueux, sec ou humide indifféremment.

L'humeur de l'enfant n'est pas sensiblement modifiée; son appétit n'est point perdu; il ne vomit pas, il n'a pas de diarrhée; la bouche n'est point sèche, et cependant il y a une fièvre légère. Le pouls est un peu plus fréquent que dans l'état normal, et présente une légère accélération aux approches de la nuit. A ce moment, la peau, qui était sans chaleur, devient brûlante et reste dans cet état jusqu'à ce que le pouls soit un peu tombé.

Tels sont les symptômes non équivoques de la bronchite des gros tuyaux aériens; aussi n'est-il pas possible de méconnaître la bronchite partielle. Il n'en est pas de même pour la bronchite généralisée.

Bronchite généralisée; bronchite capillaire. Catarrhe suffocant. La bronchite capillaire, qui se rapproche beaucoup de la *broncho-pneumonie*, avec laquelle elle se confond ou par laquelle elle se termine souvent, succède presque toujours à la bronchite partielle. On la voit rarement débuter d'emblée. J'en ai cependant rencontré plusieurs exemples. Elle succède à l'action du froid ou survient dans le cours de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde et des maladies graves. Ici, l'on observe une modification dans les symptômes précédemment cités. La toux est peut-être plus âcre, plus pénible et plus fréquente. Le facies est abattu, ordinairement pâle, quelquefois couvert d'une légère teinte de cyanose, les lèvres sont bleuâtres, les yeux sont cernés, il y a quelquefois de la bouffissure des paupières.

a respiration est notablement accélérée, quelquefois haletante comme : d'un animal qui vient de courir. Elle se répète trente à quarante fois par ute et s'effectue à l'aide de fortes contractions du diaphragme, ce qui luit la saillie du ventre et le resserrement de la base de la poitrine. Il t même pas nécessaire de découvrir l'enfant pour apprécier ces caractères, coïncident toujours avec un léger mouvement antéro-postérieur de la tête vec l'agitation répétée des narines. Il suffit alors d'étudier les troubles des scles respirateurs de la face, pour connaître ceux des muscles du ventre et x des mouvements respiratoires. On peut aussi, en inspectant les narines, mer la fréquence de la respiration, chaque mouvement dilatatoire signalant effort d'inspiration.

La résonnance du thorax n'est pas plus modifiée par la bronchite généralisée 'elle ne l'a été par la bronchite partielle. Elle est toujours la même, c'est-lire obscure comme chez tous les jeunes enfants.

Les modifications du bruit respiratoire signalées par l'auscultation sont s nombreuses et plus complexes. Aux bruits anormaux développés dans grosses bronches, il faut joindre ceux qui se produisent dans les plus tes. Il en résulte des sons variés qu'on ne peut toujours saisir, car les its les plus forts masquent les bruits les plus faibles. Ainsi, lorsque le râle queux et le râle sous-crépitant se produisent ensemble, circonstance très inaire, on peut bien n'entendre que du râle muqueux.

Le bruit respiratoire naturel s'affaiblit légèrement dans la bronchite géné-isée, il a peu d'ampleur, il est en quelque sorte contraint, étouffé, par e de la congestion pulmonaire ou d'une douleur profonde, inappréciable r le médecin.

Les râles produits dans la poitrine sont nombreux. Les râles sibilant, so-e et ronflant sont assez rares ; cependant ils se manifestent de temps à re dans le cours de la journée. Le râle muqueux est beaucoup plus fré-nt et s'observe dans les deux côtés de la poitrine; il est quelquefois plus qué dans un côté que dans l'autre. Il se présente sous les types multipliés craquements muqueux, de râle humide à grosses bulles arrondies ou in-les, de râle sec avec éclats plus petits et plus distincts. Il se produit dans deux temps des mouvements respiratoires et surtout au moment de l'inspi-on. Il dure depuis l'invasion de la maladie jusqu'à son déclin, mais il est marqué dans la période d'état. Il est inconstant et fugitif. Il disparaît s un effort, une secousse de toux, pour être remplacé par le râle sous-pitant ou même par la respiration naturelle, et il revient peu après avec ses ères primitifs.

te instabilité des bruits fournis par l'auscultation des enfants à la ma-est une chose importante à connaître qui n'a point encore été indiquée j'ai fait connaître pour la première fois. Elle est en quelque sorte spé-cette forme de la bronchite et doit servir à motiver le diagnostic.

Le râle sous-crépitant présente *les mêmes variations* que le râle muqueux,

à l'égard du nombre, du volume et de la sécheresse de ses bulles. Ce râle est constant dans la bronchite généralisée, il indique l'extension de la phlegmasie aux dernières ramifications des bronches, il signale le passage insensible de la bronchite capillaire à la pneumonie lobulaire ou broncho-pneumonie que nous décrirons dans le chapitre suivant. Il n'existe guère qu'à la partie postérieure et à la base des deux poumons. Rarement il s'élève jusqu'au sommet de ces organes. Une secousse de toux le dérange et modifie son timbre. On le trouve dans les deux temps de la respiration ; mais il est ordinairement plus nombreux dans l'expiration. Il y a bon nombre de cas, au contraire, dans lesquels ce râle est plus sec et marqué dans l'inspiration ; c'est lorsque le rhythme de la respiration est renversé et que l'effort expirateur, actif, commence la série des mouvements respiratoires. Chacun peut se faire une idée du phénomène dont je parle en faisant de suite, avec saccades, plusieurs expirations aussitôt suivies d'un mouvement d'inspiration. En règle générale, le râle sous-crépitant est toujours plus nombreux dans le mouvement respiratoire qui est passif.

Ce bruit est quelquefois mélangé au râle muqueux qui le cache pour peu d'instants, et qui le laisse apparaître aussitôt qu'une secousse de toux vient le déranger les mucosités bronchiques.

Les symptômes généraux sont ici plus graves que dans la bronchite partielle. L'inquiétude, la morosité, l'agitation, les plaintes fréquentes de l'enfant, traduisent cette irritabilité tout exceptionnelle. La bouche reste humide, quelquefois un peu chaude. La langue blanchit : la soif n'est jamais bien considérable. On n'observe ni vomissements ni troubles abdominaux immédiats. La peau est violacée, bouffie ; sa température s'élève et elle devient brûlante une ou deux fois par jour pendant un laps de temps indéterminé. Chez quelques enfants, il se produit une *anesthésie très marquée*, et j'ai vu une enfant de deux ans qui, pendant les trois derniers jours de sa vie, durant une bronchite capillaire, était, sans agonie ni perte de connaissance, dans un état complet d'anesthésie cutanée. Le pouls varie de 130 à 180 pulsations ; sa fréquence est plus considérable au moment de l'augmentation de la température cutanée, mais le chiffre qui spécifie cette fréquence n'est point en rapport avec l'accroissement de la chaleur générale de la peau.

Marche, durée, terminaisons.

La bronchite qui se développe comme affection primitive chez les enfants ne diffère pas sensiblement de la bronchite secondaire, qui survient pendant le cours des fièvres éruptives et des autres maladies de l'enfance. Elle n'est point modifiée par la présence de ces affections simultanées. Ses caractères sont toujours les mêmes et sa marche n'en est pas troublée. Ce qui me reste à dire s'applique également à la bronchite primitive et à la bronchite secondaire.

La bronchite *simple*, *partielle*, accomplit ses périodes d'une manière uniforme. Les symptômes que nous avons décrits sont primitifs

peu marqués, ils augmentent en quelques jours et disparaissent assez vite, sans laisser de traces de leur existence. Ils persistent pendant un temps variable limité à deux ou trois septénaires. S'ils se prolongent plus longtemps, et que d'ailleurs la fièvre soit nulle, il y a lieu de supposer que la maladie s'est transformée en bronchite chronique, ce qui arrive quelquefois. Ordinairement elle se termine par résolution ; en d'autres circonstances, elle se propage et fait place à la bronchite généralisée.

La *bronchite capillaire* succède souvent à la bronchite simple : il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Il y a des cas, et nous en avons cité, dans lesquels elle apparaît d'emblée comme bronchite générale. Elle est caractérisée par la fièvre, l'accélération de la respiration, les troubles extérieurs des mouvements respiratoires, l'orthopnée, la toux et le râle sous-crépitant dans les deux côtés de la poitrine. Ces symptômes disparaissent quelquefois peu d'heures après leur manifestation ; mais, plus constamment, pour ne pas dire toujours, ils se prolongent pendant plusieurs journées au moins, pendant une semaine au plus. S'ils diminuent d'intensité, le râle muqueux apparaît comme phénomène continu, et la résolution ne tarde pas à s'opérer. Si, au contraire, ils s'aggravent, ils peuvent déterminer la mort par suffocation avec cyanose et anesthésie. C'est le *catarrhe suffocant* simple observé par Laennec chez les adultes. Chez quelques enfants, on peut prévoir le passage de la maladie à l'état de *broncho-pneumonie* ou *pneumonie lobulaire confluente*, signalée par le râle sous-crépitant, mêlé au souffle et au retentissement du cri. La bronchite générale ou capillaire dure de deux jours à une semaine, elle se termine rarement par résolution et passe immédiatement à l'état de pneumonie lobulaire, maladie dont nous ne tarderons pas à apprécier toute la gravité. Elle ne s'observe que fort rarement à l'état chronique, et se rattache alors à la présence des tubercules dans le poumon.

Diagnostic.

Il n'est rien de plus facile à reconnaître que la *bronchite simple*, qui ne peut être confondue avec aucune autre maladie. On la distingue aisément de la coqueluche, dont la toux spasmodique, entremêlée de *reprises sonores*, est toute spéciale ; de la bronchite généralisée et de la pneumonie, par la différence des râles de la respiration.

Le diagnostic de la *bronchite généralisée* est loin d'être aussi facile. Cette maladie se rapproche tellement par les symptômes de la pneumonie lobulaire, que d'après la plupart des auteurs, toute distinction est impossible. Il n'y a ent entre elles qu'une différence de degré ; l'une succède à l'autre. Il à savoir si vraiment la symptomatologie est impuissante pour le diagnostic deux états morbides, et si l'on ne peut trouver des signes qui les fassent aître, comme on en a trouvé, par exemple, pour spécifier le premier second degré de la pneumonie chez l'adulte.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont exactement semblables dans la bronchite généralisée et dans le premier degré de la pneumonie lobulaire. Il ne faut pas compter sur eux pour arriver à un diagnostic précis. Il en est absolument de même de ceux qui sont fournis par l'étude de la toux, de la fièvre et de la plupart des symptômes que nous avons signalés. Ces phénomènes sont communs aux deux maladies, ils ne peuvent conduire au résultat que nous cherchons.

On y parvient plus facilement par l'observation attentive des troubles extérieurs survenus dans les mouvements respiratoires. Chez l'enfant à la mamelle, ces troubles deviennent des signes précieux pour le diagnostic des maladies du poumon. On a trop négligé leur étude, et par cela même leur importance a été méconnue.

Dans la bronchite qui se généralise, la respiration est fréquente, abdominale, sans resserrement de la base du thorax et sans agitation des ailes du nez. Lorsque les dernières ramifications des bronches sont envahies et que des noyaux de pneumonie lobulaires sont prêts à se former, la respiration change de caractère ; elle offre ceux qui sont indiqués à l'article *symptômes*. Elle est haletante, avec constriction de la base du thorax, dépression de la fossette thyroïdienne, saillie du ventre et contraction rapide des narines.

Dans la pneumonie bien confirmée, au contraire, la respiration est intervertie dans son rhythme, elle est saccadée, gémissante, semblable à celle d'un adulte qui pousse une plainte rapide, immédiatement suivie d'une brusque inspiration. C'est ce que j'ai appelé respiration *expiratrice*.

Les nécropsies m'ont démontré de la manière la plus évidente le rapport intime qui existe entre les troubles respiratoires extérieurs et la pneumonie lobulaire. Ces signes annoncent d'une manière très constante chez les jeunes enfants la phlegmasie du parenchyme du poumon, mais ils n'ont plus la même importance chez des enfants plus âgés. Il faut donc leur accorder toute l'importance qu'ils méritent, car ils constituent l'un des meilleurs caractères de cet état morbide. On les rencontre dans le cours de la bronchite généralisée, dès que plusieurs lobules pulmonaires viennent à être occupés par l'inflammation. Ils indiquent la période de passage entre la phlegmasie des petites bronches et la phlegmasie pulmonaire, comme le souffle qui succède au râle sous-crépitant annonce la transition du premier au second degré de la pneumonie lobulaire généralisée.

Ainsi donc, bien qu'il soit fort difficile de reconnaître chez les jeunes enfants, à l'aide de l'auscultation et par l'examen des symptômes généraux, la bronchite généralisée qu'on peut appeler bronchite *à maxima*, de la pneumonie lobulaire discrète, pneumonie *à minima*, il y a lieu de supposer que cette dernière existe lorsque surviennent les troubles respiratoires extérieurs indiqués plus haut. Jusque-là, la bronchite générale se trouve séparée de la phlegmasie pulmonaire.

Complications.

nchite des enfants à la mamelle présente peu de complications. On ıler comme telles : l'irritation sympathique qui résulte du travail de ɔn ; la coqueluche, facile à reconnaître par sa toux spéciale ; l'emphy- siculaire et interlobulaire ; la pneumonie lobulaire qui en est trop a conséquence ; et enfin dans la bronchite chronique, les granulations ires fibro-plastiques grises, demi-transparentes et la tuberculisation ; e complication incontestable pour moi, n'est pas généralement ad- tous les médecins. En revanche, la bronchite vient compliquer la les maladies du jeune enfant. Elle est très fréquente dans le cours de typhoïde des fièvres éruptives, et en particulier dans le cours de la . Son développement présente, avec celui de cette maladie, le rapport ɔtime.

Pronostic.

ɔnchite est beaucoup plus grave chez les enfants à la mamelle et chez n'ont pas encore atteint l'âge de cinq ans qu'à toute autre période nce. Jusqu'à ce moment, le passage de la bronchite à l'état de pneu- bulaire est très facile. Après cette époque, la transition est plus rare fants ont plus ordinairement une bronchite ou une pneumonie fran- accusée.

ɔnchite simple est une maladie sans importance et sans gravité, qu'il ependant pas négliger, dans la crainte de voir la phlegmasie se géné- ı passer à l'état chronique. Elle ne détermine jamais la mort.

ɔnchite généralisée est une affection beaucoup plus sérieuse. Elle d'une manière presque constante le développement de la pneumonie et les conséquences pronostiques de cette affection. Elle occasionne fois la mort par asphyxie, sans qu'on puisse l'attribuer raisonnable- quelques lobules malades épars dans le tissu du poumon. C'est le ıs bronchique obstruant le larynx et l'arbre aérien qui gêne et em- hématose pulmonaire.

onchite généralisée, qui succède à la bronchite partielle, est moins ɔutes choses étant égales d'ailleurs, que l'inflammation qui se déve- emblée dans tout l'arbre bronchique. Il est alors moins facile d'entra- ıarche de la phlegmasie. La mort en est souvent la conséquence.

ɔnchite secondaire et la bronchite primitive présentent quelques dif- sous le rapport du pronostic. Elles ne sont pas aussi évidentes qu'on se l'imaginer. Il y a bon nombre de bronchites secondaires dont la et la terminaison ne paraissent pas modifiées par la maladie première, le pronostic est le même que celui des bronchites primitives. Dans circonstances, lorsque la bronchite se développe chez un enfant scro-

fuleux ou affaibli, atteint par une maladie chronique, elle offre une gravité tout exceptionnelle. La résolution s'obtient difficilement; le passage à l'état chronique ou à l'état de pneumonie lobulaire est beaucoup plus commun. On ne peut, en raison de la faiblesse de l'enfant et à cause du peu de réaction qu'il présente, employer une médication active. La maladie marche, et la mort en est la conséquence.

Quand la bronchite généralisée passe à l'état chronique, il est bien rare que les enfants guérissent et que la production de granulations épithéliales, fibroplastiques et tuberculeuses ne les entraîne pas dans la tombe.

Traitement.

Le traitement de la bronchite aiguë est subordonné à un grand nombre de causes spéciales, dont chacun apprécie d'avance toute la valeur. Il n'est point et ne peut toujours être le même. Les moyens convenables à opposer à l'inflammation primitive des bronches, avec notable réaction fébrile, ne ressemblent pas à ceux que l'on emploie dans la même variété de bronchite sans phénomènes réactionnels. Il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles la maladie se développe, et savoir, avant de commencer le traitement, si la bronchite est primitive ou si son apparition a eu lieu secondairement au travail de la dentition ou à celui d'une autre maladie. Dans ces cas, il faut, en tenant compte de l'hérédité pathologique, estimer la force naturelle de l'enfant et l'état de faiblesse dans lequel l'affection première a pu le faire tomber. Si cette étude n'entraîne pas l'usage de médications absolument différentes, elle peut au moins servir à proportionner leur énergie à l'intensité du mal et à la forme qu'il présente.

La bronchite simple offre ordinairement peu d'importance; elle cesse souvent en peu de jours et disparaît sans le secours d'aucun médicament. Il faut engager les parents à observer scrupuleusement les lois ordinaires de l'hygiène, de telle sorte que l'enfant se trouve placé au milieu d'une atmosphère tiède et agréable, et soit abrité contre le froid, à l'aide de vêtements plus chauds que ceux dont on le couvre habituellement. Il est nécessaire de ne pas le surcharger au point de déterminer des sueurs abondantes, qui pourraient le fatiguer et occasionner à la surface de la peau ces éruptions vésiculeuses qui donnent quelquefois tant d'inquiétude aux mères. On prescrit ensuite l'usage des boissons chaudes, adoucissantes et pectorales, telles que l'infusion de fleurs de mauve, de violettes, de bouillon blanc, ou la décoction de figues grasses, des dattes ou des jujubes, etc., édulcorées et aromatisées avec le sucre, le sirop de gomme, le sirop d'althea, le sirop de capillaire, le sirop balsamique de Tolu, etc. On a peu d'occasions d'employer, chez les enfants à la mamelle, ces tisanes qui déterminent de leur part un certain mouvement de répugnance. On les leur fait prendre plus facilement par le mélange avec le lait aromatisé avec quelques gouttes d'eau de fleur d'oranger. Néanmoins il

faut les prescrire, ne serait-ce que pour obéir à certains préjugés du monde qu'on doit savoir respecter, s'ils ne sont pas nuisibles, en raison du bien-être moral qu'ils procurent à ceux qui leur obéissent.

On peut, en outre, donner des juleps gommeux, des potions pectorales ou un looch blanc additionnés de sirop de lactucarium, de sirop de morphine, de sirop de pavots blancs, de sirop diacode, d'eau de laurier-cerise, à des doses proportionnées à l'âge des enfants.

Si la maladie se prolonge, on peut, dans quelques cas, lorsque l'état du tube digestif ne s'y oppose point, conseiller l'usage de doux purgatifs, tels que l'huile d'amandes douces à 20 ou 30 grammes; le calomel à 5 ou 10 centigrammes; la manne dissoute dans du lait à la dose de 8 à 10 grammes; le sirop de chicorée composé à la dose de 20 à 30 grammes par jour, ou la poudre des enfants de Hufeland :

Magnésie	30	grammes.
Racine de rhubarbe	8	—
— de valériane	2	—
Oléo-saccharate de fenouil	15	—

Pour faire une poudre et faire prendre une à deux fois par jour sur la pointe d'un couteau.

Ces moyens peuvent être avantageusement aidés par l'emploi des lavements mucilagineux ordinaires, ou de lavements dans lesquels on ajoute une demi-cuillerée d'huile d'amandes douces.

La bronchite généralisée est beaucoup plus grave et réclame un traitement plus énergique que la bronchite partielle. Elle passe si souvent à l'état de pneumonie lobulaire, qu'il faut essayer de l'arrêter dans sa marche, afin d'empêcher cette terminaison fâcheuse. On y parvient à l'aide des moyens déjà indiqués, réunis à ceux dont voici l'énumération.

Chez les nouveau-nés, il faut, à l'observation des mesures hygiéniques dont nous avons parlé, joindre les résultats des boissons pectorales chaudes et l'effet d'une diète lactée sévère. Toute bouillie, tout potage doivent être supprimés, et le sein de la nourrice doit suffire. On peut avec avantage, pour calmer la violence de la toux, conseiller l'usage des lavements, des potions gommeuses, de lait chaud sucré coupé avec une petite quantité de bouillon, mais sans mixture avec les substances narcotiques. Si la toux était trop opiniâtre et trop fatigante, on pourrait se départir de cette règle et mettre dans une potion gommeuse 10 grammes de sirop diacode, 1 centigramme au plus d'extrait d'opium, d'extrait de belladone ou de datura stramonium.

Chez les enfants plus âgés, le sirop de morphine, le sirop diacode, le sirop de pavots blancs, l'eau de laurier-cerise, le sirop de karabé, le sirop de fleurs, l'opium, etc., peuvent être donnés avec avantage, en nature ou en potion.

Les cataplasmes émollients, appliqués sur la poitrine et maintenus chauds à l'aide de taffetas gommé, sont assez utiles, mais il vaut mieux employer les applications sèches avec des compresses de flanelle chaude bien maintenues et

souvent renouvelées. Il est bon de faire prendre une ou deux fois par jour des bains de pieds irritants, composés avec de l'eau chaude saturée de sel commun, de sel de potasse, de savon ordinaire et dans laquelle on a mis une petite quantité de cendres de bois neuf.

La bronchite généralisée est rarement accompagnée par une fièvre continue assez vive pour réclamer l'emploi des émissions sanguines. D'ailleurs, on sait combien est variable la réaction fébrile dans les affections aiguës des enfants à la mamelle, combien elle offre d'intermittence sur le même individu, et combien elle est différente pour la même maladie chez des sujets différents. Or, comme c'est moins en conséquence d'une idée préconçue sur la nature d'une maladie, que d'après les indications présentées par elle, que le médecin dirige sa thérapeutique, il a nécessairement peu d'occasions de pratiquer la saignée dans la maladie qui nous occupe. Les émissions sanguines resteront dans la défaveur auprès de ceux qui veulent suivre les indications fournies par l'organisme. Elles sont très rarement favorables aux enfants du premier âge, les émissions sanguines locales surtout, ventouses scarifiées et sangsues, qui ont l'inconvénient d'exalter la sensibilité des jeunes enfants et peuvent les jeter dans un état nerveux fort grave. Elles ne conviennent qu'à une époque plus avancée de la vie.

Lorsque la bronchite se présente avec les symptômes réactionnels ordinaires d'une fièvre modérée, avec exacerbations quotidiennes, et que la toux est fréquente et grasse, on peut avec succès administrer les vomitifs. Les médicaments de cette classe remplissent un double but. Ils sont antiphlogistiques à leur manière, ils dépriment les forces vitales comme la saignée, et ils diminuent la réaction fébrile. Ils ont en outre l'immense avantage de faciliter l'expectoration des enfants en les obligeant à de tels efforts respiratoires que les mucosités bronchiques sont chassées au dehors en même temps que les substances contenues dans l'estomac. Il faut les employer toutes les fois que l'on entend à distance le bruit trachéal des liquides contenus dans l'arbre aérien.

Si les symptômes locaux s'aggravent et si les phénomènes généraux se modifient au point d'amener une oppression vive, caractérisée par les troubles respiratoires extérieurs dont nous avons parlé, il y a tout à craindre pour le passage de la bronchite à la pneumonie lobulaire. Il y a aussi tout à perdre. Il ne faut pas hésiter. Une médication perturbatrice révulsive peut encore arrêter la marche des accidents. Il faut appliquer dans le dos, et mieux sur le devant de la poitrine, un vésicatoire volant de la largeur du thorax. Ce moyen m'a déjà plusieurs fois réussi : on peut l'employer sans inconvénients ; c'est à peine s'il donne lieu à une légère accélération du mouvement fébrile. Le seul accident qui en puisse résulter, et qu'il faille prendre en considération, est relatif aux fonctions de la vessie. Mais la rétention d'urine est infiniment plus rare chez l'enfant à la mamelle que chez l'adulte et n'a point d'autres conséquences. Elle se dissipe naturellement au bout de quelques jours. On pourrait [illegible]er cet accident en remplaçant le vésicatoire cantharidé par un vésicatoire

fait avec un morceau de drap ou de linge imbibé d'ammoniaque liquide, ou en employant la pommade suivante :

Huile de croton.....	60 centigrammes.
Axonge.....	15 grammes.

Lorsque la maladie perd de sa gravité et marche vers la résolution, il faut veiller attentivement sur elle pour ne pas être surpris par une recrudescence. Les mêmes précautions hygiéniques doivent être prises à son égard. On remplace les premières boissons par les infusions d'hysope, de sauge, de polygala, de lichen, etc. Si elle reste stationnaire, il faut alors appliquer sur la poitrine de doux révulsifs, un emplâtre de poix de Bourgogne ou un large morceau de toile enduit de diachylon gommé.

Les complications qui surviennent dans le cours de la bronchite peuvent considérablement modifier le traitement de cette maladie.

Lorsque l'inflammation des bronches se développe dans le cours d'une autre maladie, à titre d'affection intercurrente, ou lorsqu'elle se trouve elle-même compliquée par une maladie nouvelle, son traitement doit être nécessairement modifié. Ainsi la bronchite qui passe si rapidement à l'état de pneumonie, celle qui est compliquée par la coqueluche, réclament des moyens différents, spécifiques de la nature de ces maladies. Celle qui se développe dans le cours de la rougeole et celle qui paraît dans le cours d'une entérite chronique ne peuvent être soumises à une thérapeutique semblable. Dans un cas, il convient d'observer la marche des symptômes sans intervenir avec trop d'activité, car les accidents disparaissent avec l'éruption morbilleuse. Dans l'autre, l'expectation est plus dangereuse et, lorsqu'on agit, on ne peut insister trop longtemps sur l'emploi de certains moyens, les vomitifs, par exemple, qui pourraient aggraver l'affection de l'intestin. D'autres circonstances peuvent encore apporter quelque changement dans la thérapeutique de la bronchite ; elles sont relatives à l'état ordinaire de la santé chez l'enfant, à sa constitution et à la susceptibilité de ses entrailles. Il faut savoir apprécier ces conditions particulières, afin de mettre dans la médication à suivre, toute la prudence et la réserve convenables.

Aphorismes.

124. Une fièvre modérée, jointe à une toux ordinaire, annonce une bronchite aiguë.

125. Une fièvre aiguë, compliquée de toux et d'anhélation, indique une bronchite aiguë fort grave, prête à se transformer en pneumonie lobulaire.

126. La toux chronique des enfants amène la phthisie granuleuse ou tuberculeuse.

127. Le râle sibilant et ronflant qui accompagne la toux des nouveau-nés n'a pas de gravité.

128. Le râle muqueux des jeunes enfants est généralement peu grave.

129. Le râle sous-crépitant généralisé dans la poitrine des nouveau-nés et des enfants à la mamelle indique toujours un état local très grave.

130. Les râles muqueux et sous-crépitant sont, chez le jeune enfant, la meilleure indication de l'emploi des vomitifs.

CHAPITRE II.

DE LA PNEUMONIE.

On donne le nom de *pneumonie* ou de *fluxion* de poitrine à l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Cette maladie est puissamment modifiée par les âges. Elle se présente avec des symptômes et des caractères anatomiques variés chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. La pneumonie des enfants nouveau-nés est elle-même différente de celle qui survient au milieu de la deuxième enfance.

Que l'on veuille comparer les phénomènes morbides offerts par les enfants à la mamelle, atteints de pneumonie, avec ceux que présentent des enfants plus âgés, placés dans la même position, et l'on verra paraître avec des similitudes éloignées des différences capitales. Les caractères anatomiques sont à peu près semblables dans l'un et l'autre cas, mais on trouvera la dissemblance la plus complète à l'égard des symptômes. Or, c'est précisément la manifestation symptomatique des maladies qu'il nous importe le plus de connaître, car c'est elle qui leur donne un aspect spécial, guide du médecin dans sa pratique.

Jusqu'ici peu de travaux ont été entrepris dans le but d'éclairer l'étude de la pneumonie des enfants à la mamelle, et si l'on excepte ceux de Billard, de Valleix et de M. Trousseau, on ne trouvera pas dans les autres traités de pathologie, consacrés à l'enfance, la description complète de cette maladie.

La pneumonie de la seconde enfance a, au contraire, été l'objet de recherches nombreuses et originales parmi lesquelles il faut citer celles de MM. Fauvel, Rilliet, Barthez, Legendre, etc. Ce dernier auteur a principalement insisté sur les différences anatomiques qui séparent les pneumonies *secondaires* des pneumonies *primitives*, mais en considérant les premières comme le résultat d'un simple affaissement des poumons, désigné sous le nom d'*état fœtal*, pour faire comprendre que les poumons ressemblent à celui du fœtus qui n'a pas respiré, il a commis une erreur contre laquelle s'élève l'observation, car ces deux états se ressemblent très peu. C'est cet état fœtal que l'on désigne sous le nom d'*atélectasie*, mot plus juste exprimant l'affaissement ou le défaut d'extension des poumons et n'ayant pas l'inconvénient de faire croire qu'un poumon de dix ans ou celui d'un adulte, puisse jamais ressembler aux poumons d'un fœtus. Comme je le dirai plus loin, malgré la grossière apparence d'une similitude extérieure, de nombreuses différences anatomiques doivent empêcher ce rapprochement.

Division du sujet.

La pneumonie est une maladie fort commune chez les enfants. Elle se présente sous une infinité de formes, qu'il est important de connaître. Dans sa manifestation la plus simple, la maladie se présente à l'état *aigu* et parcourt ses périodes comme la plupart des affections franchement inflammatoires. Dans d'autres cas, au contraire, assez peu nombreux jusqu'à présent, elle se prolonge et passe à l'état *chronique*.

Elle apparaît quelquefois d'emblée, sans être précédée d'aucune autre affection, ce qui est très rare, et elle constitue ce qu'on appelle la *pneumonie primitive* ou *pneumonie franche*. Elle apparaît bien plus ordinairement dans le cours d'une autre maladie des enfants, soit comme complication générale, soit comme conséquence d'une bronchite ou des tubercules pulmonaires. Tel est le premier et principal caractère des *pneumonies secondaires* ou *consécutives*. Dans cette catégorie se trouvent les *fausses pneumonies*, la *pneumonie catarrhale* ou la *broncho-pneumonie*. Celles qui se rattachent plus directement à la présence de granulations fibro-plastiques et tuberculeuses doivent être désignées sous le nom de *pneumonies tuberculeuses* et *granuleuses*. On pourrait encore diviser la pneumonie des enfants à la mamelle d'après l'innombrable variété de ses formes anatomiques, comme l'ont fait MM. Barthez, Legendre et Bailly, dans leurs recherches sur la pneumonie de la seconde enfance, mais cette manière de procéder a le grave inconvénient de subdiviser à l'infini un sujet qui, au contraire, a besoin d'être simplifié. En conséquence, nous laisserons la division anatomique sur le second plan de notre tableau, et nous la réserverons pour le moment où nous ferons l'étude des lésions pathologiques de la pneumonie.

Qu'il nous suffise de dire, quant à présent, que la pneumonie primitive, très rare chez les jeunes enfants et plus fréquente dans la seconde enfance, se présente sous la forme *lobaire*, et que la pneumonie consécutive affecte toujours la forme *lobulaire*, que je subdivise ensuite en *pneumonie lobulaire discrète* et en *pneumonie lobulaire confluente*.

Causes.

Les causes de la pneumonie chez les nouveau-nés et dans la seconde enfance, sont *prédisposantes* et *occasionnelles*. Leur degré d'influence est fort difficile à déterminer. Trop de circonstances concourent à la fois au même but pour qu'on puisse connaître la valeur de chacune en particulier. On ne peut établir que des conjectures justifiées par l'observation et par la logique, mais nullement appuyées sur une appréciation rigoureuse. Les observations sont dès lors vagues et peu intéressantes.

La pneumonie des enfants du premier âge est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche du moment de la naissance. Elle est très commune chez les nou-

veau-nés. La généralité des enfants qui succombent aux Enfants trouvés, c Valleix, offre l'hépatisation des poumons. Il n'en [illegible] pas ainsi chez ceux c sont plus âgés ; à l'hôpital Necker, par exemple, sur 101 décès de jeu enfants pendant l'année 1842, il y en a eu 28 seulement causés par la pn monie.

Cette maladie est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles. I se développe beaucoup plus souvent en hiver qu'en été. La plupart de r observations ont été recueillies pendant les mois où la température est hum et basse.

La pneumonie surprend quelquefois au milieu de la plus florissante sa Elle apparaît d'*emblée ;* c'est la pneumonie *franche*, *inflammatoire*, *plastiq fibrineuse*, qui présente la forme *lobaire*. Beaucoup plus communément apparaît dans le cours d'une bronchite et de quelques affections aiguës chroniques, qui ne sont pas étrangères à son développement. Elle est a *lobulaire*, *subinflammatoire* et *cruorique* à cause des éléments de conges qui s'y trouvent. Dans ce cas elle est *discrète* ou *confluente*, et je la désig avec la plupart des auteurs, sous le nom de pneumonie *lobulaire*.

Qui ne connaît les rapports de la rougeole, des fièvres éruptives, de fièvre typhoïde, avec la maladie qui nous occupe ? Dans ce cas, la pneumo est *consécutive*. Qui n'a pas rencontré la pneumonie comme complicatio l'entéro-colite, du muguet, de la coqueluche, du croup, du sclérème, du t vail de l'évolution dentaire, des convulsions, etc. ? Qui ne l'a pas vue surve chez des enfants qu'on venait d'amener à l'hôpital, sous l'influence du déc bitus dorsal prolongé ou d'une mauvaise hygiène? Je citerai, à ce propo l'exemple d'une petite fille de huit mois, fort alerte, grasse et fleurie, qu ayant eu la cuisse cassée et mise dans un appareil, fut amenée à l'hôpital, placée sur un coussin, d'où on ne la bougea plus. Elle se mit à tousser: c constata la congestion pulmonaire, et, au quatorzième jour, elle était mort avec une pneumonie lobulaire confluente double.

Enfin, si l'on ajoute aux influences que je viens d'énumérer, celle qui pr cède de l'affection tuberculeuse, on verra que cet élément multiplie beaucou les chances du développement de la pneumonie. En effet, le tubercule agi d'une part, comme corps étranger, c'est-à-dire comme irritant local, de l'autre en vertu de la diathèse à laquelle il doit son apparition.

Lésions et productions morbides.

Sous l'influence des impressions morbides directes ou indirectes subies pa l'organisme des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, il se développe d altérations anatomiques dans le réseau capillaire du parenchyme des poumon altérations qu'on retrouve à peu près semblables dans la pneumonie de la se conde enfance. L'inflammation n'occupe pas la masse du parenchyme pulmo naire ; elle s'établit d'abord çà et là dans les lobules qui le constituent, et ce

n'est que dans certains cas, qu'elle envahit comme chez l'adulte tout ou partie d'un lobe des poumons.

Ainsi la *congestion lobulaire* et une faible *inflammation du lobule* sont, chez le jeune enfant, le point de départ de presque toutes les pneumonies. Il n'y a primitivement qu'un petit nombre de lobules, distants les uns des autres, qui soient affectés. C'est ce qu'on observe dans la *pneumonie lobulaire discrète*. A une époque plus avancée de la maladie, le nombre des lobules malades est plus considérable, ils sont réunis par groupes nombreux. Il est évident que la maladie s'est généralisée. Je désigne cette forme anatomique sous le nom de *pneumonie lobulaire confluente*. Enfin, dans un petit nombre de cas, on rencontre la *pneumonie lobaire* comme chez l'adulte. Toutefois il ne faut pas s'y tromper, comme l'a fait Valleix, et prendre comme lobaires des pneumonies lobulaires très confluentes, où, avec un peu d'attention, l'œil reconnaît, confus et réunis, les éléments de la pneumonie lobulaire aux différents degrés de la maladie.

1° *Pneumonie catarrhale, secondaire* ou *consécutive ; Pneumonie lobulaire ; Fausse pneumonie ; Broncho-pneumonie ; Etat fœtal ; Atélectasie pulmonaire*, etc. La pneumonie catarrhale ou lobulaire offre deux variétés anatomiques d'après l'étendue de la lésion et le nombre des lobules affectés. Dans un cas, il n'y a qu'un petit nombre de lobules enflammés, c'est la pneumonie lobulaire *discrète ;* et dans l'autre il y en a beaucoup de façon même à faire croire à une pneumonie lobaire, c'est la pneumonie lobulaire *confluente*.

a. Pneumonie lobulaire discrète. — La pneumonie lobulaire discrète se rencontre presque toujours des deux côtés de la poitrine à la fois, puisque sur le nombre de 55 pneumonies que j'ai observées à l'hôpital Necker, 46 étaient doubles. La maladie est toujours prédominante dans le côté droit. Elle affecte toujours les lobes inférieurs et s'étend en remontant jusqu'à la base des lobes supérieurs et moyens, remarque qui se trouve en opposition avec les faits observés par Valleix. Elle est aussi plus marquée vers le bord supérieur et la face externe du poumon ; le sommet est pâle, exsangue, affecté d'emphysème intervésiculaire, rarement d'emphysème vésiculaire.

Les poumons s'affaissent peu au moment de l'ouverture de la poitrine. Ils sont plus pesants que dans l'état ordinaire et offrent peu de crépitation. Leur surface conserve, au niveau des parties malades, une teinte rouge granitée qui résulte de la réunion d'un nombre considérable de taches rougeâtres, des nuances les plus diverses. Chaque tache représente un lobule dont le degré de congestion est différent, et correspond à une congestion partielle plus ou moins considérable du tissu pulmonaire. La congestion est d'autant plus forte que la tache est plus foncée en couleur. La main qui explore la surface du poumon découvre ces nodosités profondes et croit rencontrer des granulations tuberculeuses. On rencontre assez souvent aussi sur le bord postérieur de l'organe, près du sommet, une série d'impressions transversales et parallèles, produites par la pression des côtes sur le tissu pulmonaire sain. Il n'y a donc

pas lieu de croire, comme le voulait Broussais, que cette déformation soit inhérente à la pneumonie.

La pneumonie lobulaire a trois degrés: la simple *congestion*, avec ses différentes nuances qui varient du rose clair au noir le plus foncé, et alors il y a un affaissement des vésicules pulmonaires qu'on peut appeler *atélectasie* (1); la *splénisation* lobulaire rouge ou *hépatisation* rouge dans quelques cas; enfin la splénisation *grise*. C'est à peu près la même chose que dans les pneumonies secondaires de l'adulte, la pneumonie catarrhale et typhoïde, où l'on voit la congestion passive être suivie d'une hépatisation rouge et grise incomplète, mais il y a cette différence que, dans un cas, la lésion est *lobaire*, tandis que chez l'enfant elle est *lobulaire*.

L'intérieur d'un poumon atteint de *pneumonie lobulaire discrète* présente à la coupe une surface rose, parsemée d'un plus ou moins grand nombre de taches rouges, livides, noirâtres ou grises, dispersées çà et là. Ces taches ont des nuances différentes et correspondent aux lobules engorgés, au premier, second et troisième degré. Les lobules forment une saillie peu considérable; leur dimension est indéterminée; leur aspect lisse ou granulé comme dans la splénisation ordinaire, et leur densité assez forte; le tissu est infiltré de sang, de corps granuleux, d'inflammation, et lorsque le lobule offre une teinte grise, à l'aide du microscope on y découvre une grande quantité de globules de pus incomplétement formés, ce qui est la preuve d'un état inflammatoire non contestable; ils ne crépitent plus; ils sont infiltrés d'une sanie rougeâtre, quelquefois un peu grise; ils sont imperméables à l'air et tombent au fond de l'eau, ils présentent une pesanteur spécifique plus grande que celle de ce liquide. Toutefois, si l'imperméabilité est réelle pendant la vie, c'est à cause de l'impétueuse action des muscles inspirateurs; sur le cadavre au contraire, l'insufflation bien faite fait pénétrer l'air dans toutes les cellules obstruées, fait reprendre la couleur rosée, et ramène en partie la souplesse de l'organe qui surnage liquides et redevient crépitant comme dans l'état ordinaire.

Ces faits ont été contestés par MM. Legendre, Bailly et Barthez, qui ont souvent pratiqué, avec des succès variables, l'insufflation de poumons atteints de *pneumonie lobulaire*, et qui en conséquence voudraient séparer nosographiquement la pneumonie en deux espèces: celle qu'on ne peut insuffler et qui serait la *pneumonie véritable*, affection franchement inflammatoire, l'autre qu'on insufflerait facilement, *pneumonie catarrhale*, état fœtal ou maladie non inflammatoire, état fœtal congestionnel pour M. Legendre; congestion lobulaire et broncho-pneumonie au contraire pour M. Barthez. Ces auteurs, prenant ainsi pour la principale base d'une division nosologique le résultat de l'insufflation pulmonaire, fait anatomique encore à établir, se sont trouvés conduits à placer entre la bronchite et la pneumonie deux *lésions* pulmonaires nouvelles, qu'il faudrait décrire à part, bien

(1) ἀτελής, incomplet; ἔκτασις, extension.

n'aient pas de symptômes particuliers, absolument comme d'autres médecins qui veulent glisser une pleuro-pneumonie spéciale entre la pneumonie et la pleurésie. Les tentatives de ce genre ont toujours échoué, à cause de la confusion qui en résulte, et je crois que tel doit être aussi le sort de la tentative dont je parle en ce moment.

En effet, il est impossible de rien motiver sur l'insufflation ou sur la non-insufflation des poumons atteints : soit de congestion lobulaire, soit de pneumonie aiguë franche, car chez l'enfant comme chez l'adulte, dans la pneumonie lobulaire, comme dans la pneumonie lobaire, dans le premier comme dans le second et dans le troisième degré, à la période d'hépatisation grise, l'insufflation du poumon est *souvent possible*, l'air peut arriver jusque dans les vésicules pulmonaires et permettre au parenchyme de flotter sur l'eau.

J'ai maintes fois répété l'expérience, et presque toujours j'ai réussi à insuffler les poumons hépatisés. Au premier degré, le parenchyme pulmonaire congestionné seulement, noirâtre, livide, engorgé, redevient souple, crépitant, d'un beau rouge écarlate.

Au deuxième degré, dans la période d'hépatisation rouge, la coloration rutilante et la crépitation reparaissent sous l'influence de l'insufflation bien faite, le tissu *surnage*, mais il reste *dense* et conserve à l'œil les autres caractères de l'hépatisation. Si on regarde à la loupe sous la plèvre, pendant qu'on insuffle, on voit l'air arriver dans chaque vésicule, et là, former autant de petites bulles transparentes. Ensuite il paraît manifeste que les cellules insufflées sont de moitié moins grandes que les cellules saines : c'est là une preuve de l'épaississement de leurs parois par l'inflammation.

Dans l'insufflation qu'on pratique sur une pneumonie au troisième degré, le résultat est encore le même, mais on ne l'obtient pas toujours. Je l'ai obtenu trois fois seulement. Le poumon conserve sa densité ; il se distend, crépite de nouveau, mais très faiblement ; il surnage : on voit aussi les vésicules distendues moins grandes que les vésicules des parties saines. Le peu de vaisseaux qui donnaient à l'hépatisation grise une teinte rosée, redeviennent d'un beau rouge ; mais la teinte grise purulente de l'hépatisation persiste.

Dans certaines pneumonies avec hépatisation très compacte par suite d'épanchement fibrineux fort adhérent dans les cellules pulmonaires, ce que Laennec appelait l'*infarctus* de la pneumonie, l'insufflation ne peut réussir ; mais à une période plus avancée, dès que la résolution commence et que le plasma cellulaire tend à se détacher, bien que ce soit encore de la pneumonie, avec une hépatisation prête à décroître, l'insufflation est suivie d'un plein succès.

Dans la pneumonie chronique l'insufflation ne réussit jamais. Je puis donc répéter ici ce que je disais en commençant cette discussion : chez l'enfant comme chez l'adulte, l'insufflation des poumons atteints de pneumonie amène souvent l'air jusque dans les cellules enflammées et fait aussi disparaître une partie des caractères de l'inflammation.

Il n'est donc pas possible d'établir sur le fait anatomique de l'insufflation pulmonaire une division dans l'histoire de la pneumonie, et encore moins d'y trouver un moyen de diagnostic entre la pneumonie véritable et la congestion pulmonaire à tous ses degrés. C'est là une erreur dont le temps fera justice.

Ce qui prouve que la congestion lobulaire partielle ou générale, produisant l'*affaissement du tissu pulmonaire*, c'est-à-dire l'*atélectasie* ou l'*état fœtal* de Legendre, est bien le commencement de l'état inflammatoire du poumon; c'est que dans cet état comme dans l'hépatisation qui en est le second degré, il y a souvent sur la partie correspondante de la plèvre viscérale des fausses membranes plus ou moins épaisses constituant de la pleurésie. Or, c'est ce qui arrive dans l'inflammation du poumon, et ce qui a, comme on le sait, nécessité la création du mot pleuro-pneumonie. Comment donc l'état fœtal, lésion non inflammatoire du poumon, pourrait-il produire une inflammation de la partie de plèvre pulmonaire correspondante? C'est un non-sens que l'observation ne ratifiera jamais.

Dans quelques circonstances il est donné à l'observateur de saisir le point de départ de la phlegmasie lobulaire. Alors il verra, au-dessous de la plèvre, ou dans l'épaisseur du tissu pulmonaire, de petits points rouges, miliaires, assez réguliers, déjà durs, semblables à des ecchymoses, au milieu desquels se trouve un petit point noir plus foncé. Quelquefois ce point noir est remplacé par une tache grisâtre que l'on pourrait confondre avec un tubercule naissant. L'observation l'a parfaitement démontré, ces ecchymoses ne sont que des pneumonies vésiculaires par lesquelles débute l'engorgement de tout un lobule.

On retrouve ordinairement les noyaux de pneumonie lobulaire engorgés au premier et au deuxième degré. C'est l'état que je viens d'indiquer. Quant au troisième degré, il est fort rare. On trouve les lobules légèrement ramollis, ils ont une teinte grisâtre mêlée de rouge, et laissent suinter par la pression un liquide épais semblable à du pus sanguinolent, dans lequel on trouve des globules de pus plus ou moins bien formés. Comment appeler *état fœtal* une lésion morbide produisant du pus?

La formation des abcès du poumon, qu'on pourrait rattacher à cette troisième période de la pneumonie, n'a guère lieu que chez les enfants qui ont dépassé l'âge de deux ans. Il est rare de la rencontrer sur des sujets plus jeunes; Valleix ne paraît pas l'avoir observée, car il n'en cite pas d'exemples (1). MM. Rilliet et Barthez en ont observé quelques exemples, et pour mon compte je ne l'ai vue que deux fois.

Dans un cas, chez un enfant qui n'avait pas de tubercules ni de pneumonie, j'ai rencontré au sommet pâle, exsangue, du poumon droit, sous la plèvre, et enchâssés dans le tissu pulmonaire, trois abcès distincts les uns des autres,

(1) *Clinique des nouveau-nés.*

s altération du parenchyme intermédiaire. Ils avaient le volume d'un gros s, ils étaient remplis de pus séreux, et ils se vidèrent en revenant rapidement sur eux-mêmes, sans laisser voir d'ouverture de communication avec bronches. Nulle part il n'y avait de dilatation de ces conduits. Une autre , en faisant l'autopsie d'un enfant qui avait succombé par une péritonite erculeuse, je vis dans les poumons deux abcès remplis de pus bien lié ; is il existait encore, adhérents sur les parois, des fragments solides et durs tubercules non ramollis ; ce qu'on aurait pu prendre pour un abcès n'était re chose qu'un ramollissement tuberculeux, une caverne. Il y avait, en re, trois ou quatre petits tubercules pulmonaires à l'état cru, et des protions de même nature dans les ganglions bronchiques.

La terminaison par gangrène est fort rare, cependant je l'ai observée une chez un enfant atteint de pneumonie, qui avait succombé huit heures ès la trachéotomie faite pour un croup.

Si l'on cherche, à l'aide du microscope, quelle est la nature intime de cette ération, on trouve qu'elle est constituée d'éléments et de produits morbides ez divers. *Au premier degré*, dans la période de congestion lobulaire, il iste dans les parties affectées une hypérémie plus ou moins considérable de paroi des cellules du poumon, avec exsudation séreuse ou albumineuse dans tissu *extra-vésiculaire*, et avec amas de graisse et d'épithélium pavimenux dans les cellules. *Au deuxième degré*, la même hypérémie avec son exsudation extra-vésiculaire se combine au dépôt d'épithélium, de globules graleux d'inflammation et de globules purulents dans l'intérieur des cellules, st-à-dire dans l'*espace intra-vésiculaire*. Aussi comprend-on ceux qui prédent diviser la pneumonie d'après cette disposition anatomique en *pneuie vésiculaire* et *pneumonie extra-vésiculaire ;* mais c'est une distinction l serait difficile de pousser plus loin, et qu'il est impossible de poursuivre linique. Enfin, *au troisième degré*, l'hypérémie des parois celluleuses moins apparente, mais le dépôt de globules muqueux et purulents à noyaux nfiniment plus considérable.

n pareil résultat devrait faire comprendre qu'il est impossible d'effacer la umonie lobulaire des enfants, du chapitre de la pneumonie où elle est conablement placée, pour la comparer à l'*état fœtal*, disposition naturelle avec uelle elle n'a que des ressemblances très éloignées. Du moment où la pneunie lobulaire offre différents degrés de congestion, produit la splénisation ge et la splénisation grise avec formation de pus, la pleurésie avec de ers fausses membranes, il est évident que c'est là une inflammation bien ntièrement distincte de l'état fœtal où n'existe jamais de pus ni de pleuie. C'est une inflammation atonique catarrhale, modifiée dans son expresn dynamique et matérielle par l'âge des sujets, mais il est impossible de r que ce soit une inflammation.

b. Pneumonie lobulaire confluente. — *Lorsque les altérations que je viens de rire portent sur un grand nombre de lobules*, l'étendue de la maladie

donne au poumon un aspect de granit à fond rouge plaqué de rose, de gris, de brun rougeâtre et de brun noir. Comme dans la pneumonie lobulaire discrète, la lésion présente trois degrés : la *congestion*, la *splénisation* ou *hépatisation lobulaire rouge* et l'*hépatisation lobulaire grise*. Dans la pneumonie lobulaire discrète, on trouvait un petit nombre de lobules malades, environnés par une énorme partie de parenchyme pulmonaire sain : ici, c'est tout le contraire, la presque totalité du lobe est occupée par la phlegmasie, au centre de laquelle se rencontrent des lobules rosés à l'état normal. Comme la maladie s'est successivement développée dans chacun des lobules atteints, il en résulte qu'ils sont à des degrés différents de transformation, et l'on trouve dans le même lobe des engorgements lobulaires au *premier*, au *deuxième* et quelquefois au *troisième degré*. On rencontre quelquefois des pneumonies lobulaires confluentes, mais peu étendues, qui siégent au pourtour de la base des lobes du poumon. De La Berge leur a donné le nom de *pneumonies marginales*.

Dans cette variété, la coupe du poumon présente une surface inégale d'apparence granitique ordinairement lisse et quelquefois hérissée de granulations très fines. Elle se trouve parsemée de taches d'un rouge violet, noirâtre, nuancées à l'infini. Le tissu est inégalement dur, différemment résistant, susceptible d'insufflation, ne crépite point et se précipite au fond de l'eau. Les lobules sont infiltrés de sang ou de sanie rougeâtre.

Lorsque la maladie date d'une époque assez éloignée, les modifications pathologiques sont différentes et uniformes. Tous les lobules sont arrivés à la seconde période de transformation rouge, de telle sorte que la coupe du poumon, au lieu d'être marbrée, granitique, comme précédemment, offre une surface lisse, rougeâtre, résistante, ayant l'aspect d'un tissu homogène, semblable à de la chair compacte dont les molécules serrées seraient peu distinctes les unes des autres. On n'y voit pas de granulations, si ce n'est par la déchirure, qu'il est difficile de produire à cause de la densité du tissu. On donne à cet état le nom de *cornification* : il se rencontre quelquefois chez l'adulte, dans la pneumonie dite typhoïde, dans la pneumonie secondaire, dans les poumons comprimés par un épanchement, etc.

2° *Pneumonie lobaire ; Pneumonie franche ; Pneumonie fibrineuse.*—La pneumonie lobaire avec hépatisation complète et uniforme du parenchyme pulmonaire, très rare chez les enfants à la mamelle, est beaucoup plus fréquente dans la seconde enfance. Le tissu affecté présente également les trois degrés connus de congestion, d'hépatisation rouge et d'hépatisation grise. Dans le premier âge, cette variété de pneumonie ne se présente presque jamais avec les caractères anatomiques que tout le monde accorde à la pneumonie franche chez les adultes. Elle est en réalité si peu différente de la pneumonie lobulaire confluente, qu'il est convenable de les rapprocher l'une de l'autre. Il n'y a souvent entre elles qu'une différence de degrés. Le lobe n'est jamais complétement envahi ; on voit souvent, en dehors des parties lé-

durées ou hépatisées des lobules qui conservent la souplesse et la teinte gris rosé de l'état normal. Dans les parties affectées, on remarque des lobules dont les altérations sont un peu moins avancées que celles des lobules voisins, ainsi qu'on peut le voir encore dans les observations de Valleix qui a négligé cette remarque, et qui par suite a considéré comme réellement lobaires des pneumonies lobulaires très confluentes. De cette disposition anatomique résultent des altérations de couleur et de densité facilement appréciables. Elle fournit en outre la plus puissante raison qu'on puisse faire valoir pour établir que souvent c'est par la pneumonie lobulaire que débute la pneumonie lobaire.

Dans la seconde enfance, la pneumonie lobaire se rapproche beaucoup de celle de l'adulte. On y reconnaît très bien les trois périodes de congestion, d'hépatisation rouge et d'hépatisation grise.

Quand le poumon, rouge encore crépitant, rempli de sérosité sanguinolente spumeuse, passe au second degré, le tissu non crépitant devient dur, friable et granuleux à la déchirure. Il tombe au fond de l'eau, mais l'insufflation le pénètre encore et il surnage et devient rouge crépitant. L'insufflation a hématosé le sang contenu dans les capillaires, a pénétré dans les vésicules qui crépitent sous la pression du doigt, et que l'on voit sous la plèvre à la loupe, un peu moins larges que les vésicules voisines non hépatisées.

A cette période, le tissu du poumon est infiltré de matière plastique, les vésicules pulmonaires en sont également remplies comme les dernières ramifications des bronches, et il en résulte une obstruction incomplète des cellules pulmonaires par la fibrine. En raison de ce caractère anatomique, la pneumonie lobaire a été appelée par Virchow et quelques autres médecins *pneumonie fibrineuse*, désignation inspirée du produit morbide et qui sépare nettement cette forme de pneumonie de la pneumonie lobulaire ou *catarrhale* sans exsudation plastique, et dans laquelle il n'y a que sécrétion catarrhale muco-purulente des vésicules pulmonaires.

3° *Pneumonie chronique.* — Cette altération est fort rare et se présente toujours à l'état lobaire. Elle est caractérisée par une induration rouge grisâtre du poumon, qui a perdu son caractère spongieux et offre l'aspect lisse et charnu de la carnification. Ce tissu est fort dur, imperméable à l'air lors de l'insufflation; il est presque entièrement composé de substance amorphe, homogène, interposée aux éléments du poumon, parsemée de corps granuleux d'inflammation et de nombreux éléments de tissu fibro-plastique. Il renferme souvent, en outre, des granulations miliaires, demi-transparentes, fort petites, qu'on pourrait prendre pour des granulations tuberculeuses et qui sont formées d'éléments fibro-plastiques ou de cellules d'épithélium pavimenteux entassées les unes sur les autres.

4° *Pneumonie granuleuse ou tuberculeuse.*—La pneumonie granuleuse ou tuberculeuse s'observe presque aussi souvent que la pneumonie lobaire ou lobulaire simple. Nous en avons rencontré de très nombreux exemples, et à l'hôpital la moitié des *pneumonies au moins* est de cette nature; celles qui

sont granuleuses sont infiniment plus fréquentes que les pneumonies dites tuberculeuses, et depuis que j'ai reconstitué la phthisie granuleuse, j'ai souvent occasion à l'hôpital Sainte-Eugénie de vérifier l'exactitude de cette assertion.

Cette forme de pneumonie se manifeste d'emblée chez des enfants bien portants en apparence; chez eux les granulations agissent comme des corps étrangers qui déterminent dans le tissu pulmonaire environnant la congestion, les diverses altérations de la pneumonie, et souvent aussi la formation de nouvelles granulations et de tubercules, ils succombent par suite de la pneumonie et rarement à la phthisie, c'est-à-dire aux conséquences du ramollissement des granulations ou des tubercules qu'on ne voit presque jamais chez les nouveau-nés.

La pneumonie, qui se développe chez un enfant dont le poumon est rempli de granulations grises ou tuberculeuses jaunes, ne paraît pas toujours à la circonférence des productions accidentelles. Une fois, comme j'ai dû le constater, elle affectait les lobules placés entre les granulations pulmonaires, sans qu'il y eût de phlegmasie dans le parenchyme qui les environnait immédiatement.

A part les granulations qui constituent le caractère essentiel de cette variété de pneumonie, les caractères anatomiques sont les mêmes que ceux qui ont été décrits au paragraphe de la pneumonie simple. Comme cette dernière, la pneumonie granuleuse ou tuberculeuse est presque toujours double, et occupe plus fréquemment la base que le sommet de l'organe.

Les granulations sont petites, dures, saillantes à la surface du poumon; elles sont opalines, demi-transparentes et sont formées, d'après l'analyse que j'en ai faite avec M. Ch. Robin, de tissu fibro-plastique uni à de la matière amorphe et à quelques cellules d'épithélium pavimenteux. Elles constituent ce produit spécial que Bayle a décrit dans l'anatomie pathologique de la phthisie granuleuse et que Laennec a cru devoir réunir aux vrais tubercules. M. Ch. Robin en a vu quelques-unes qui étaient entièrement formées de cellules épithéliales.

Les tubercules se présentent aussi à l'état miliaire sous forme de granulations jaunes opaques, un peu plus volumineuses et constituées par des cellules polyédriques remplies de granulations moléculaires, sans noyau et sans aucun nucléole. On trouve aussi des masses tuberculeuses d'un volume considérable à l'état de crudité, et quelquefois ramollies; ce fait est rare. Quelquefois aussi ces tubercules offrent une fort remarquable disposition, dont voici le tableau : les poumons sont parsemés par une quantité considérable de vésicules demi-transparentes, grosses comme un grain de chènevis, saillantes sous la plèvre, distendues par de l'air, et renfermant une granulation opaque fort petite, adhérente à un point des parois; chacune de ces vésicules communiquait avec une ou plusieurs petites bronches. La plupart sont isolées; un grand nombre, très voisines, ont entre elles des communications. En outre, il y a, dans le poumon, des tubercules crus, les altérations

pneumonie lobulaire confluente, mais point de phlegmasie des bron-
i de dilatation des conduits bronchiques.

ions concomitantes de la pneumonie. — On rencontre très fréquem-
vec la pneumonie l'*emphysème interlobulaire*, et presque jamais l'em-
ne vésiculaire. Les bronches sont obstruées, dans la majorité des cas,
s mucosités dont la plasticité est variable, et quelquefois telle qu'elle
ît en imposer pour les fausses membranes. Une seule fois j'ai rencontré
ntation générale des conduits bronchiques. La muqueuse est presque
rs rouge dans les gros tuyaux et dans ceux qui correspondent aux parties
es du parenchyme. La rougeur est souvent due à l'imbibition, car on n'y
point les autres caractères de l'état phlegmasique, la tuméfaction, le
issement, les ulcérations, etc. Cependant, un de nos collègues, M. Fauvel,
oir constaté les ulcérations bronchiques dans les bronches de moyen
, mais ce n'était pas chez un jeune enfant, c'était sur une fille ayant
sa onzième année.

ganglions de la racine des bronches sont toujours gonflés, rouges et
is; on y observe fréquemment la dégénérescence tuberculeuse partielle
nplète; mais elle est plus rare dans le cas de pneumonie simple que
s cas de pneumonie tuberculeuse.

plèvres sont presque toujours recouvertes en quelque point circonscrit
e exsudation plastique très mince et telle qu'elle pourrait échapper à
ervateur inattentif; c'est de la *pleurésie* donnant quelquefois lieu à des
nces interlobaires ou à des adhérences costales. En outre, la séreuse
e la rougeur et du pointillé rouge plus ou moins abondant : quelque-
ur cavité renferme un épanchement considérable.

e pleurésie qui accompagne la pneumonie lobaire ou lobulaire prouve
une et l'autre sont dues à l'inflammation du parenchyme pulmonaire,
ou ne peut les séparer complétement. Ce sont deux variétés de pneu-
différentes par la nature fibrineuse ou catarrhale de leur produit, par
té ou l'atonie du travail phlegmasique, mais l'une et l'autre produisant
à l'intérieur des poumons et de la pleurésie à l'extérieur sont de véri-
phlegmasies.

rencontre souvent chez quelques sujets, la friabilité, la raréfaction du
sseux, qui caractérisent le rachitisme ; plusieurs des altérations du tube
f, si fréquentes chez les enfants à la mamelle; le muguet, l'entéro-
quelquefois des affections organiques du cœur, et enfin les altérations
aient précédé l'apparition de la pneumonie, et l'on sait combien sont
ntes les pneumonies consécutives.

s la pneumonie tuberculeuse, on trouve des tubercules disséminés dans
s organes. Chez un même sujet nous avons constaté la présence de
ules sous la plèvre, dans le poumon et dans les ganglions bronchiques,
e diaphragme, dans le foie, la rate, le mésentère, les ganglions du cou,
e rocher et dans *plusieurs points de la substance* cérébrale.

Symptômes.

Pneumonie aiguë simple. — La pneumonie des enfants à la mamelle offre des symptômes assez différents de ceux de la pneumonie dans la seconde enfance. Elle est très rarement lobaire et ne présente presque jamais la forme de pneumonie franche, dont le type nous est offert par l'adulte. Quand ce cas exceptionnel se présente, le début est brusque, signalé par une forte fièvre, ou par une convulsion, puis viennent la toux et les autres phénomènes de percussion, d'auscultation, etc.

C'est à ce point qu'on peut dire : « Une convulsion subite suivie de fièvre et de gêne dans la respiration est un signe de pneumonie lobaire. »

Ordinairement les choses ne se passent pas de cette façon. La pneumonie sera lobulaire et elle commence par un simple catarrhe bronchique avec plus ou moins de fièvre. L'enfant est triste et abattu par instants ; il prend le sein avec moins de plaisir, crie après la moindre contrariété, et bientôt on trouve un peu de fièvre, de la toux, de la douleur pleurétique, et une notable accélération des mouvements respiratoires. L'auscultation de la poitrine révèle la présence de râle muqueux et quelquefois sous-crépitant dans les deux poumons. La percussion ne donne que des résultats négatifs. C'est le *premier degré* de pneumonie.

Ces symptômes durent de vingt-quatre heures à quarante-huit heures. S'ils disparaissent, ou seulement s'ils restent stationnaires, la maladie n'est qu'un catarrhe qui a envahi un petit nombre de lobules pulmonaires pour former la pneumonie *lobulaire discrète*. S'ils augmentent, on doit craindre sérieusement le développement de la pneumonie *lobulaire confluente*.

Alors on trouve l'enfant inquiet, quelquefois fort agité, mécontent de tout, même de voir le sein de sa nourrice. Son appétit n'est pas troublé, il ne vomit pas et n'a point de diarrhée. La peau, modérément chaude, devient brûlante à des intervalles irréguliers, et le pouls s'élève en suivant le développement de la chaleur.

La toux devient plus fréquente, revient quelquefois par quintes. La respiration est fréquente, souvent troublée dans son rhythme, gémissante, saccadée, hatelante, *expiratrice*, accompagnée de dilatation des ailes du nez et d'une assez grande angoisse peinte sur la face.

Dans la poitrine on entend des deux côtés les râles muqueux, sous-crépitant et quelquefois crépitant ; beaucoup plus tard, du souffle et de la bronchophonie. La percussion, qui jusque-là n'avait donné que des résultats négatifs, permet de constater de la matité au niveau des parties malades. C'est le *second degré* de la pneumonie.

Enfin, après un temps variable, la respiration s'embarrasse et se ralentit ; la fièvre persiste et offre des exacerbations marquées ; l'enfant s'agite sans verser de larmes ; la face pâlit, devient livide et froide ; les traits s'altèrent,

les pupilles se dilatent si la dyspnée est considérable, la sensibilité diminue ou disparaît comme je l'ai vu plusieurs fois, et l'enfant ne tarde pas à périr par asphyxie.

Si l'on a bien saisi les détails du tableau que j'ai voulu peindre, on doit voir que la pneumonie se trouve révélée par deux sortes de phénomènes, les uns entièrement extérieurs, appréciables pour tous; les autres cachés, qui se passent dans le poumon, là où ils sont confus, combinés entre eux, difficiles à saisir, et *presque* sans valeur à côté des premiers.

Des symptômes en particulier.

Douleur. La douleur de côté, assez ordinaire à la pneumonie, existe rarement chez les enfants à la mamelle; elle est difficilement appréciable et ne se devine que par les cris de l'enfant et l'arrêt brusque de l'inspiration. Elle est, au contraire, assez fréquemment observée, surtout dans la pneumonie lobaire, chez des sujets plus âgés qui déjà peuvent rendre compte de leurs sensations, et qui s'en plaignent assez vivement. On la reconnaît d'ailleurs à ce caractère que la respiration est courte, empêchée, brusquement suspendue au milieu de chaque inspiration. Cette douleur ne se produit que très rarement dans la pneumonie lobulaire.

Toux. La toux est constante chez tous les sujets. Elle se présente quelquefois sous forme de quintes, mais *sans reprises*, comme dans la coqueluche. La pneumonie arrive pendant le cours de cette maladie, il est ordinaire de voir disparaître les quintes caractéristiques qui sont remplacées par la toux ordinaire. Rarement on rencontre l'*expectoration* que Valleix a indiquée comme existant chez les nouveau-nés. Nous n'avons rencontré qu'une fois la présence d'un peu d'écume rougeâtre sanguinolente placée sur le bord des lèvres, et ce n'est qu'à la fin de la seconde enfance qu'elle se montre avec les caractères qu'on lui connaît chez l'adulte.

Déformation de la poitrine, Perturbation des mouvements respiratoires; Respiration expiratrice. — La déformation de la poitrine est un phénomène rare, comme conséquence immédiate de la pneumonie aiguë des enfants. Le côté malade du thorax est quelquefois un peu dilaté. On le trouve au contraire rétréci lorsque la pneumonie est passée à l'état chronique.

L'accélération des mouvements respiratoires existe toujours lorsque la pneumonie qui débute est établie. Les mouvements s'élèvent à 60 et 80 par minute : la respiration est d'ailleurs naturelle, abdominale, sans efforts musculaires considérables et sans agitation des ailes du nez. Cette accélération extrême lui donne une analogie frappante avec celle d'un chien qui vient de courir. On exprime parfaitement bien cet état par le nom de respiration *haletante*.

La perturbation des mouvements respiratoires n'existe qu'à une époque

plus avancée de la maladie. Dans ce cas, l'anxiété est peinte sur la face, dont les muscles inspirateurs sont en jeu. Les narines se relèvent à chaque inspiration, et la bouche reste béante. Quand la gêne respiratoire est extrême, alors les muscles des lèvres se contractent à leur tour, les commissures sont entraînées en dehors et en bas. Ce signe est du plus mauvais augure, car on ne l'observe qu'aux derniers moments de la vie. La respiration est moins fréquente que dans le cas précédent. Elle est intervertie dans son rhythme, commence par un mouvement actif et brusque d'expiration gémissante et saccadée, suivie d'une inspiration passive. Chaque expiration est accompagnée du resserrement latéral de la base du thorax, de l'énorme saillie du ventre et de la dépression sous-claviculaire et sternale. Je donne à l'ensemble de ces phénomènes le nom de *respiration expirotrice*. Que le lecteur veuille faire un mouvement expiratoire brusque, immédiatement suivi d'une inspiration, il comprendra très bien ce que mes paroles ne sauraient lui exprimer.

Au reste, ces troubles extérieurs se jugent très bien sur la physionomie d'un enfant, et sans qu'il soit nécessaire de le déshabiller. La pâleur de la face, les mouvements des narines, et le bruit que fait la bouche dans la respiration expiratrice, suffisent, chez un enfant à la mamelle, pour faire diagnostiquer une pneumonie.

Déjà M. Jadelot avait proclamé l'avantage qu'on pouvait retirer de l'étude de la physionomie pour reconnaître les maladies des enfants, et il avait signalé quelques-uns des caractères que je viens d'indiquer. Ce médecin a négligé de donner une forme pratique aux résultats de ses observations, et, pour avoir trop exagéré, ce qu'il a fait est tombé dans l'oubli. J'ai repris ce côté négligé de l'observation médicale, et comme on le voit, cette recherche peut acquérir une très grande importance sémiotique.

Il faut rapporter à la dyspnée que révèle cette perturbation des mouvements respiratoires, le gonflement des veines dorsales de la main. Ce symptôme n'est jamais plus marqué que lorsque la dyspnée est violente.

Percussion. — La percussion de la poitrine, chez les enfants du premier âge atteints de pneumonie, est loin d'être aussi utile que chez l'adulte ; elle ne fournit très souvent que des notions incertaines et confuses. Ainsi, la résonnance du thorax n'est pas troublée au début de l'affection ; elle est à peine modifiée dans la pneumonie lobulaire qui tend à se généraliser, et elle ne disparaît que dans la *pneumonie lobulaire confluente* et dans la *pneumonie lobaire*. Sauf cette dernière circonstance, la matité thoracique n'est jamais absolue, il faut percuter comparativement les deux côtés de la poitrine, afin d'apprécier au moins une matité relative, ce qui est fort difficile. Encore faut-il dire que, chez le même enfant, les sons qu'on obtient par la percussion augmentent et diminuent alternativement d'intensité à chaque mouvement respiratoire. Ils augmentent de sonorité pendant l'inspiration, et diminuent au contraire pendant l'expiration ; ils sont en rapport avec la quantité d'air renfermée dans la poitrine. J'ai déjà parlé de ce phénomène dans mes études sur la respi-

ration des enfants. (Voy. première partie : *Études sur la respiration des enfants*, p. 46.)

Au reste, pour se rendre compte des résultats presque négatifs fournis par un moyen aussi utile que l'est ordinairement la percussion dans la pneumonie, il faut d'abord admettre, contrairement à une opinion reçue et mal fondée, que le thorax des enfants de un à deux ans résonne moins bien que la poitrine des adultes. Ensuite, il faut se rappeler que la pneumonie lobulaire est l'élément principal de la maladie; par conséquent, que les parties malades sont disséminées dans le parenchyme sain, condition physique qui doit empêcher la production de la matité.

Auscultation. — On peut constater plus directement, à l'aide de ce moyen d'exploration, la respiration *haletante* et la respiration *expiratrice*, lorsque le rhythme est interverti, et que l'expiration plaintive, saccadée, précède l'inspiration.

En outre, on peut apprécier les divers râles qui correspondent à chacune des périodes que l'anatomie pathologique a établies. Dans la pneumonie lobulaire discrète, le râle sous-crépitant s'allie au râle muqueux; ils existent des deux côtés de la poitrine ordinairement à la base, et sont plus marqués d'un côté que de l'autre. Ces bruits changent de place, disparaissent presque complétement dans une secousse de toux, et reparaissent quelques instants après. On les entend dans les deux temps de la respiration. Bientôt le râle muqueux cesse de se faire entendre, et le râle sous-crépitant existe seul. Tantôt fort, inégal et sec, ce bruit devient humide et faible; tantôt fixe en un point de la poitrine, il peut être intermittent, augmente pendant les efforts auxquels l'enfant se livre, de telle sorte que, pour l'apprécier convenablement, il faut l'ausculter pendant les moments de calme et d'agitation. Il existe dans les deux temps de la respiration et peut manquer au bruit expirateur.

Le râle *crépitant* ne semble pas exister comme signe caractéristique de la pneumonie de l'enfant à la mamelle. Jamais je n'ai entendu, chez ces petits sujets, de crépitation fine, sèche, à bulles régulières et constantes, comme on l'entend dans la première période de la pneumonie des adultes. Dans quelques circonstances, j'ai cru entendre cette espèce de râle, mais il ne durait que peu d'instants, et il était bientôt remplacé par de la sous-crépitation. C'est, selon moi, une erreur de soutenir que le râle crépitant existe dans la pneumonie des enfants à la mamelle, semblable au râle crépitant de la pneumonie d'un âge plus avancé. Ce râle avec tous ses caractères ordinaires n'existe au premier degré et à la période de résolution de la pneumonie lobaire que dans la seconde enfance.

Dans la pneumonie lobulaire confluente, encore au premier degré, les signes d'auscultation sont les mêmes que ceux que je viens d'indiquer, ils sont seulement plus étendus. Quand la maladie est arrivée au deuxième degré, ces râles s'affaiblissent, persistent dans la profondeur de l'organe, et se mêlent à la *respiration bronchique*.

Ce bruit remplace le murmure vésiculaire, et diffère beaucoup du même bruit chez l'adulte. Là, il est âpre, fort, sifflant, analogue à celui que l'on produirait en soufflant de l'air dans un cylindre creux; ici chez l'enfant, le souffle est faible, peu distinct, c'est plutôt de la respiration rude. Dans quelques cas, et surtout dans les pneumonies tuberculeuses, on entend le souffle tubaire ou respiration bronchique presque aussi fort que chez l'adulte.

La respiration bronchique et le souffle tubaire s'entendent pendant les deux temps de la respiration, mais plus souvent encore dans l'expiration. Il en doit être ainsi, puisque ce temps constitue la partie active de la respiration et correspond à l'instant où l'air, vigoureusement chassé de la poitrine, vibre contre les parois bronchiques. Lorsque l'expiration seule est soufflante, l'inspiration acquiert plus de dureté, n'a pas toute sa souplesse normale, et s'accompagne ordinairement de quelques bulles de râle sous-crépitant.

La respiration bronchique indique donc la généralisation de la pneumonie; elle se rencontre aussi dans le cas de carnification des poumons et de pneumonie chronique. Je crois que ce caractère est constant; et s'il est vrai de dire qu'il m'a plusieurs fois échappé, je n'en dois accuser que mon inattention.

A la respiration bronchique se rattache la modification de la voix qu'on appelle *bronchophonie*, et qui est remplacée, chez l'enfant à la mamelle, par le retentissement des cris. Le cri a lieu pendant l'expiration au même moment que le souffle; il retentit dans l'oreille avec une force plus ou moins considérable, dont l'intensité est, comme celle de la respiration bronchique, en rapport avec l'étendue de la carnification.

Lorsque la pneumonie lobulaire confluente est en voie de résolution, les bruits anormaux disparaissent successivement, le souffle devient chaque jour moins fort, il est bientôt remplacé par le râle sous-crépitant, auquel succèdent le râle muqueux et la respiration vésiculaire. Dans la pneumonie lobaire la résolution se fait quelquefois par la disparition du souffle et le retour graduel de la respiration vésiculaire normale sans manifestation du râle crépitant.

Je ne terminerai pas l'étude des symptômes locaux sans faire mention d'un phénomène important qui coïncide avec les divers bruits produits à l'intérieur de la poitrine : c'est la *vibration des parois thoraciques*. Ainsi l'on entend avec la main, ou, pour m'exprimer plus correctement, la main, appliquée sur le thorax, perçoit le râle muqueux et sous-crépitant qui se produit dans sa profondeur. Le cri principalement, ainsi que l'a indiqué Hourmann, transmet aux parois thoraciques une vibration dont la force est en rapport avec le degré d'hépatisation du poumon. C'est là un signe très important et dont j'ai fait connaître l'utilité en disant que, caractéristique de la pneumonie lobulaire confluente, ou de la pneumonie lobaire, on ne l'observait jamais dans la pleurésie avec épanchement.

Symptômes généraux.

pneumonie des enfants à la mamelle s'accompagne, en général, de peu
action fébrile au début. Lorsque la maladie est confirmée, la circulation
élère, et, contrairement aux résultats indiqués par Valleix pour les
eau-nés, jamais le pouls n'offre plus de fréquence qu'à l'approche du
e fatal. J'ai vu M. Trousseau compter *jusqu'à* 220 *pulsations;* mais il
pour arriver à ce résultat, calculer dizaine par dizaine et ajouter à la fin
acune les mots dix, vingt, trente, quarante, cinquante, qui servent de
de rappel et permettent de compter très vite, ce que l'on ne pourrait pas
si, en un quart de minute, on était obligé de compter depuis l'unité
'à 55, en prononçant les noms trop prolongés de tous les numéros inter-
aires. De cette manière, j'ai compté dans mes expériences sur des lapins,
'à 40 pulsations en cinq secondes, ce qui donne un chiffre approximatif
80 battements par minute.

pneumonie n'est pas toujours accompagnée d'une réaction fébrile con-
e depuis son invasion jusqu'à sa dernière période. Le type continu est,
ne on sait, fort rare. Beaucoup plus souvent la fièvre est rémittente. Elle
à des intervalles irréguliers, mais surtout vers le soir, une rémission très
quée, avec chaleur vive à la peau, élévation de la température profonde, et
entation de fréquence du pouls. Dans les pneumonies anciennes ou chro-
es, la réaction est tout à fait intermittente.

u commencement de la maladie, la chaleur est presque nulle et se déve-
e surtout sur le tronc, car la face et les mains sont souvent refroidies.
offre des alternatives d'élévation et d'abaissement en rapport avec l'état
fièvre. Aux approches de la mort, la peau est froide, décolorée, livide,
ans quelques cas, vergetée comme dans l'asphyxie.

hez les enfants plus âgés, il y a une forte coloration des pommettes, soit
côté malade, soit sur les deux joues, si les deux poumons sont malades.
tefois il n'y a rien d'absolu dans ce phénomène, qui change avec l'âge de
aladie. Ainsi j'ai vu la pommette correspondante au côté malade, rouge et
chaude à 40° le premier jour, tandis que le côté sain n'était que de 36°,
lendemain c'est la pommette du côté sain qui offrait une température
élevée que l'autre. J'ai déjà fait plusieurs observations de ce genre.

n voit rarement des symptômes cérébraux accompagner la pneumonie
ple. C'est plutôt dans le cas de pneumonie tuberculeuse que l'on rencontre
ontracture, la paralysie, les convulsions qui sont produites, dans la majo-
des cas, par la présence de tubercules dans l'encéphale. Cependant, sur
certain nombre de malades, les convulsions qui se montrent pendant la
ière période d'une pneumonie simple ne se rattachent à aucune altération
centres nerveux. Elles sont idiopathiques.

Pneumonie granuleuse et tuberculeuse.—La pneumonie granuleuse et tu-

berculeuse se rencontre surtout chez les enfants débiles, dont la généalogie est suspecte, qui ont été nourris au biberon ou sevrés de trop bonne heure. Elle offre également la disposition lobulaire *discrète* ou *confluente*. Les sujets sont ordinairement prédisposés à toutes les maladies des muqueuses et de la peau : ils ont fréquemment la diarrhée, du muguet ou des catarrhes pulmonaires. Je les ai presque toujours vus avec une déformation de la poitrine bien marquée. Une fois atteints par la pneumonie, ils présentent des symptômes un peu différents de ceux qui sont fournis par la pneumonie simple : ainsi, par la percussion d'un poumon qui contient une notable quantité de tubercules, on rencontre quelquefois de la matité. Les râles sont les mêmes dans ces deux variétés de pneumonie, et cela se comprend, puisque les altérations qui leur donnent naissance sont à peu de chose près les mêmes. Lorsque le souffle existe dans la pneumonie tuberculeuse, il est ordinairement très fort, et l'on croirait s'entendre souffler dans l'oreille. Enfin, dans quelques circonstances, on entend le gargouillement et un retentissement du cri analogue à la pectoriloquie. Les enfants sont amaigris, la fièvre revient le jour ou la nuit par accès irréguliers, qui sont accompagnés de frissons et de sueurs. Toutefois on ne rencontre ce dernier phénomène que sur les enfants qui ont passé l'âge de deux ans.

Diagnostic.

Le diagnostic des pneumonies primitives et *lobaires* n'est généralement pas difficile. Aux phénomènes généraux succèdent la toux, la dyspnée, la coloration des pommettes, la diminution de la résonnance thoracique d'un côté, le râle crépitant, le souffle et la bronchophonie. A ce degré toute hésitation disparaît. Il n'en est pas de même dans la pneumonie *lobulaire* dont les symptômes sont infiniment plus variables et plus obscurs. Si cette forme de pneumonie se présentait, comme celle de l'adulte, avec un cortége de symtômes constants et caractéristiques, le diagnostic ne serait pas difficile à établir ; mais dans le premier âge, au début, les signes généraux sont presque nuls, et les signes locaux, ceux que fournissent la percussion et l'auscultation, perdent une grande partie de leur valeur, d'abord par la difficulté qu'on éprouve à les bien saisir, ensuite parce que la lésion anatomique des poumons leur imprime une trop grande instabilité. Quelquefois la maladie débute par une convulsion suivie de fièvre, mais le plus ordinairement, au moment de l'invasion, l'enfant, bien portant d'ailleurs, devient triste, prend un peu de fièvre, refuse le sein, et se met à tousser ; il faut alors, pour arriver au diagnostic, procéder par voie d'élimination. S'il n'existe pas d'angine, pas de diarrhée qui indique une affection intestinale, pas de symptômes cérébraux, et s'il n'y a pas, du côté de la peau, les traces d'une fièvre éruptive, il faut craindre une pneumonie. En effet, si la fièvre et la toux persistent, l'auscultation démontre bientôt la présence des râles muqueux et sous-

ant, tantôt dans l'un des côtés de la poitrine, ce qui est rare, tantôt es deux côtés de la poitrine, cas le plus ordinaire. Très souvent la ma- pparaît dans le cours de quelque affection antérieure, comme la coque- le croup, la fièvre typhoïde, la rougeole, etc., et les prodromes échap- La toux seule existe, et si l'on n'apporte pas une grande attention à en des enfants, on ne découvre l'existence de la pneumonie que lors- e est fort avancée et sans remède. Il doit suffire d'être prévenu pour s se laisser surprendre par ces accidents secondaires.

présence d'un enfant qui tousse et qui paraît avoir de l'oppression; qui, ne réaction modérée, offre du râle muqueux et sous-crépitant fin, plus oins nombreux dans toute la hauteur des deux côtés de la poitrine, et ut à la base des poumons, quel diagnostic faudra-t-il établir? Évidem- il existe une *bronchite*, une *pneumonie lobulaire*, ou enfin une *pneu- e tuberculeuse*.

, ce n'est pas une bronchite des gros tuyaux, car le râle sous-crépitant artient pas à cette affection ; serait-ce une phlegmasie des bronches ca- res ? comme diraient quelques auteurs. Mais ces bronches capillaires ne elles pas les dernières ramifications bronchiques qui forment les lobules oumons, ainsi que l'a très bien démontré Reissessen? Il ne faut pas jouer es mots : les bronches capillaires constituent le parenchyme du poumon, ui fait qu'on ne rencontre jamais la bronchite capillaire sans rencontrer la pneumonie lobulaire.

s enfants ont donc une pneumonie toute particulière dite *lobulaire*, en ort avec leur âge. Dans ces cas, une fluxion plus ou moins énergique blit dans quelques bronches capillaires, dans quelques-uns des *sinus am- osos* de Malpighi, et de là elle s'étend à la totalité du lobule : le râle sous- itant est le caractère diagnostique de cette phlegmasie. On rencontre, au aire, des enfants qui toussent, ont de la fièvre et présentent une respi- n quelquefois pure, le plus ordinairement accompagnée de râle mu- x et sibilant; ceux-là ont une bronchite. Dans la *pneumonie lobulaire ête*, le râle sous-crépitant ne se manifeste que lorsque la pneumonie est leine activité ; au moment de la résolution, il devient plus humide et s'ap- e beaucoup du râle muqueux, absolument comme chez l'adulte, où le crépitant se convertit en râle sous-crépitant. Dans la *pneumonie lobu- confluente*, le diagnostic est plus facile, surtout quand la maladie dure depuis quelques jours. Aux signes locaux déjà mentionnés : râle sous- itant disséminé, souffle, et quelquefois matité, s'ajoutent des sym- es généraux qui prennent une grande intensité, et qui, à eux seuls, ent au diagnostic : je veux parler de la dyspnée et de la respiration *ratrice*, de cet état d'angoisse peint sur la face, des mouvements des es, de l'énorme saillie du ventre, et du resserrement de la base de la rine, qui ont lieu à chaque mouvement respiratoire. Ces signes sont si tants chez les enfants à la mamelle, qu'ils me paraissent devoir être

pris en grande considération, car ils peuvent conduire à un diagnostic

Quand la pneumonie est arrivée à l'état *lobaire* ou à l'état de carnifi on trouve, ainsi que je l'ai déjà dit, la matité absolue, le souffle tubair rent de celui de l'adulte, le retentissement du cri, et souvent la vibrati parois thoraciques.

Marche. — Durée. — Terminaisons.

Lorsqu'un enfant vient à être affecté de pneumonie aiguë franche, (dire de pneumonie *lobaire*, ce qui est infiniment rare, le début est b et les symptômes caractéristiques se développent rapidement. Quand a traire la pneumonie est *lobulaire*, cas le plus fréquent, elle est consécu catarrhe, ou à une autre maladie aiguë : rougeole, coqueluche, fièvre ty croup, etc., et l'on constate tout d'abord une période catarrhale qu de un à quatre jours. L'enfant est maussade, sans fièvre, tousse et n la poitrine que du râle sibilant ou muqueux; puis, avec la fièvre et d'oppression, le râle sous-crépitant apparaît : il est borné à un des côt poitrine, les occupe bientôt tous les deux, et s'entend principaleme partie postérieure de la base des poumons. La dyspnée et l'agitation at tent: en moins d'un jour, et de trois au plus, là où l'on entendait l crépitation, il existe de la matité douteuse, de la respiration bronchiqu la bronchophonie. Cette nouvelle période est ordinairement funeste mort, qui arrive assez rapidement, a lieu par asphyxie.

Dans la pneumonie *granuleuse*, à cela près des antécédents, l'inva la même, mais les symptômes offrent souvent des rémissions qui font la maladie en longueur. Quelquefois on obtient une guérison temp mais tôt ou tard les accidents reparaissent, et la mort a lieu par pneu sans qu'il y ait encore ramollissement des tubercules et phthisie dans table acception de ce mot.

Quand la maladie doit se terminer d'une manière funeste, la gên fréquence de la respiration augmentent, et les bronches se remplissent cosités ; le pouls devient faible et acquiert une grande vitesse; la p extrémités se refroidit, se colore en bleu comme la face ; les traits ex l'angoisse, les narines se dilatent, la respiration *expiratrice* change tout et se ralentit. Un mouvement respiratoire, accompagné d'une forte c tion de la face, arrive toutes les cinq ou six secondes : il se répète et de plus en plus rare jusqu'à ce que l'asphyxie à son plus haut degré traîné la mort de l'enfant.

Assez ordinairement, la pneumonie aiguë *lobaire* accomplit rapidem périodes : six, dix ou quinze jours suffisent à leur entier parcours, quell doive être la terminaison. Si la guérison doit avoir lieu, l'amendem symptômes s'effectue d'une manière assez rapide. Quand la maladie l'état chronique et se prolonge pendant un et trois mois, ainsi que nous observé, il faut craindre une fin malheureuse.

On voit beaucoup plus rarement la *pneumonie granuleuse* passer à l'état de résolution. Souvent il y a rémission dans les symptômes, et la maladie dure pendant un temps fort long qu'il est impossible de déterminer.

La terminaison de la pneumonie des enfants nouveau-nés et à la mamelle est donc moins souvent malheureuse qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Le milieu dans lequel vivent les enfants est tout dans la terminaison de cette maladie. La mortalité si effrayante indiquée par Valleix ne s'observe que chez les enfants trouvés, et s'explique par l'action des conditions hygiéniques funestes où se trouvent ces enfants à l'hôpital où ils sont agglomérés. Quelques-unes de mes observations, recueillies dans le service des nourrices de l'hôpital Necker, assez salubre, sont plus rassurantes: sur 55 malades, il y a eu 33 morts : 22 malades ont donc pu sortir de l'hôpital. Si je retire de ce nombre 13 enfants dont l'état n'était pas amélioré, il en reste 9 qui ont été parfaitement guéris. Dans la ville, où les conditions hygiéniques sont encore meilleures, les guérisons sont infiniment plus nombreuses encore, et comptent bien pour moitié sur le nombre total des malades.

Ces résultats ne sont pas tels qu'on voudrait les rencontrer, et sont loin d'être satisfaisants ; ils suffisent néanmoins pour indiquer, contrairement à ce qui a été dit par plusieurs médecins, que, dans la pneumonie des enfants à la mamelle, la résolution est possible, et que, de plus, elle paraît être en rapport avec la nature des conditions hygiéniques au milieu desquelles les enfants sont placés.

Si le passage de la pneumonie *à l'état chronique* est rare chez l'adulte, il n'en est plus de même dans la période de la vie que nous étudions. Assez souvent, en effet, on voit les symptômes de dyspnée et de fièvre, la sous-crépitation et le souffle diminuer notablement et persister longtemps avec une médiocre intensité. La pneumonie chronique s'observe surtout après la pneumonie granuleuse et tuberculeuse ; néanmoins nous l'avons rencontrée sur deux enfants atteints de pneumonie simple, fait démontré par l'autopsie.

Cette maladie est quelquefois compliquée de pleurésie et souvent de bronchite ; et, dans un petit nombre de cas seulement, accompagnée de phénomènes cérébraux. Au contraire, elle complique la plupart des autres maladies de l'enfance. Je ne reviendrai pas sur ce fait déjà mentionné au chapitre des causes.

Pronostic.

Le pronostic d'une maladie dont on a établi les altérations anatomiques, les causes, la marche et les terminaisons n'est pas difficile à indiquer. Ainsi la pneumonie, cette maladie si meurtrière chez les enfants trouvés, l'est évidemment moins chez les nouveau-nés de la ville, moins encore chez les enfants plus avancés en âge, et sa gravité diminue à mesure que l'on approche de la puberté. Sur 128 enfants nouveau-nés, de l'hôpital des Enfants trouvés,

MM. Valleix et Vernois indiquent 127 morts (1). A l'hôpital Necker, sur 55 enfants, âgés de quelques jours à deux ans, nous trouvons 33 morts; enfin, à l'hôpital des Enfants, sur des sujets de deux à quinze ans, M. Barrier trouve 48 décès sur 61 malades (2).

Autant la pneumonie lobulaire, discrète ou confluente, est grave, autant la pneumonie lobaire offre peu de danger. La première ne guérit que très rarement, tandis que l'autre, au contraire, guérit presque toujours.

Ce qui donne surtout de la gravité au pronostic de la pneumonie des enfants à la mamelle, c'est que cette maladie, chez eux, n'est presque jamais primitive ou *lobaire*. Presque toujours elle apparaît sous forme *lobulaire* comme complication chez des sujets atteints de rougeole, de croup, de coqueluche, de fièvre typhoïde, ou de toute autre maladie, et j'ai fait connaître ce que valent les complications de ce genre. Souvent la pneumonie est *granuleuse*, ou, comme je l'ai déjà dit, elle se rattache à l'affection tuberculeuse, qui donne à la maladie une gravité bien plus réelle encore : on ne peut plus alors espérer qu'une rémission de symptômes, sans guérison définitive.

Il est quelques symptômes dont l'importance pronostique semble très grande. Le gonflement des veines de la main, par exemple, que l'on pourrait rapprocher de l'œdème chez l'adulte, coïncide avec la gêne de la circulation. Ce signe est d'un fâcheux augure quand il existe dans la pneumonie ; il démontre que l'obstacle à l'hématose est considérable, c'est-à-dire que les altérations du poumon sont fort étendues.

Il en est de même des pleurs : cette manifestation de la souffrance, chez un enfant qui se porte bien, cesse de se montrer aussitôt qu'il est malade. La sécrétion des larmes ne se fait plus ; elle ne reparaît que lorsqu'il y a une amélioration évidente dans l'état du sujet. Ce signe mérite donc d'être pris en considération : il existe dans toutes les maladies aiguës de l'enfant à la mamelle, et à ce titre, dans la pneumonie ; on ne le retrouve plus dans les affections chroniques.

Traitement.

Quelque grave que soit la pneumonie lobulaire des jeunes enfants, et malgré les déclamations de quelques médecins sur l'impuissance de la thérapeutique à son égard, il ne faut pas désespérer de la guérir. Peu importent les revers, quand on cherche à combattre un état morbide en obéissant avec scrupule aux indications thérapeutiques les plus pressantes.

Lorsqu'un enfant présente quelques-uns des symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'une pneumonie lobulaire discrète ou confluente, il faut lui faire préparer et lui donner à prendre une légère infusion émolliente ou pectorale chaude. Il faut le couvrir avec soin, entretenir la chaleur de

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 40 et suiv.
(2) Barrier, *Des maladies de l'enfance*.

mosphère qui l'environne, et le tenir sur les bras le plus souvent qu'il sera sible. En outre, on devra diminuer un peu la quantité de son alimen-n.

faut ensuite lui faire prendre des bains de pieds à l'eau de savon et à l'eau cendres de bois, lui donner un looch, une potion gommeuse avec quel-s grammes de sirop diacode, et se préparer à intervenir énergiquement.

nand la pneumonie déjà déclarée se trouve encore à une période rappro-e de l'apparition des accidents fébriles, de la toux et du râle sous-crépitant s les deux côtés du thorax, une médication énergique et révulsive peut sus-dire la marche des phénomènes morbides. L'administration de l'ipécacuanha dose de 30 ou 40 centigrammes, surtout dans les pneumonies secondaires ans la pneumonie tuberculeuse, est ordinairement suivie des meilleurs s. L'application d'un vésicatoire dans toute la largeur de la poitrine, en ar-e, détermine une violente irritation cutanée révulsive, dont les avantages ardent pas à se manifester. Sur un petit malade, les accidents furent aus-arrêtés ; au râle sous-crépitant et muqueux des deux côtés de la poitrine édèrent rapidement le râle muqueux, puis le murmure vésiculaire. La ré-ion s'opéra en trois jours. Il vaut peut-être mieux encore appliquer le vési-re sur le devant de la poitrine ; on arrive au même résultat que par la vé-ion du dos, et de plus on évite la compression de la plaie par le décubitus malades, compression d'où résulte toujours pour eux une grande douleur. eut employer l'*huile de croton* dans le même but.

la pneumonie dans son début se rapproche de celles que nous avons dé-es sous le nom de pneumonies d'emblée, et si la réaction fébrile est in-, on peut, à l'exemple de Billard et de Valleix, lorsque l'enfant est re-u de bonne constitution, ouvrir l'une des veines de l'avant-bras.

tte opération est souvent difficile, quelquefois même impossible. Elle sera ée d'après l'indication d'un état fébrile persistant, et d'après les résultats ageux obtenus par la première. La quantité de sang à extraire ne doit s dépasser le chiffre de 40 grammes.

i vu pratiquer cette saignée à l'hôpital Necker par M. Trousseau. Dans s, c'était chez un enfant péripneumonique au deuxième degré, avec respi-a gémissante ou expiratrice, souffle et bronchophonie. Tous les accidents rent, et la maladie entra en voie de résolution. Il y eut une rechute, et rt de l'enfant en fut la conséquence.

moyen généralement abandonné doit être employé avec la plus grande nspection. La perte d'une grande quantité de sang peut à cet âge déter-n état de faiblesse d'où résultent des convulsions assez graves et même

fère de beaucoup l'usage des sangsues à l'épigastre, aux cuisses, aux internes du fémur, région favorable à l'emploi de la compression en morrhagie consécutive. Une ou deux sangsues selon l'âge des enfants, ées plusieurs fois s'il en *est besoin, me* paraissent le meilleur procédé

antiphlogistique pour les très jeunes enfants. Maintenant surtout qu'o perchlorure de fer, les serres-fines et de petites pinces portatives très modes pour arrêter instantanément l'hémorrhagie au bout d'une ou de heures de durée, j'ai constamment recours aux sangsues dans les poeu infantiles qui réclament leur usage.

On peut employer également les ventouses scarifiées deux à la fois, rière de la poitrine, et les réitérer le lendemain ou le jour d'après, si local semble l'exiger, et si l'état général ne s'y oppose pas. C'est là un m moyen qui n'est plus employé.

Les émissions sanguines doivent être repoussées dès qu'elles ne sont p solument indispensables. Leur emploi peut jeter rapidement dans la pu tion, il augmente la faiblesse native et favorise l'engorgement des bronches, auquel succède presque toujours la pneumonie hypostatiqu faut pas croire qu'elles sont absolument indiquées par la rougeur, la tu tion, l'altération de sécrétion d'une partie, c'est-à-dire les lésions att à l'inflammation. Ce serait une erreur. On ignore toutes les conditions bles au développement de ces lésions, et il y a des cas où, pour les fa paraître, le quinquina vaut mieux qu'une soustraction de sang (1).

A part ces réflexions importantes qui intéressent la thérapeutique d de la maladie, il faut déterminer quelle doit être la conduite du médec le cours et aux époques les plus avancées de cette affection.

Nous retrouvons ici les médications précédentes, dont l'action est moins puissante sur la marche des phénomènes morbides qu'ils sont ciens et plus étendus. Ainsi, lorsque la deuxième période de la pneum raît confirmée, que la fièvre est plus vive avec rémittences vers le soir râle sous-crépitant, déjà ancien, généralisé ou peut-être uni au souff chique, à la bronchophonie, s'accompagne de la forme haletante et gé de la respiration, la médication est moins souvent heureuse. Elle est ficile et plus complexe.

Ce que nous avons dit des émissions sanguines peut suffire à dét les circonstances dans lesquelles leur emploi est nécessaire.

Les vomitifs administrés avec modération rendent ici des services in tables. Les uns les donnent, lorsque l'obstruction des bronches par considérable, dans l'intention de produire des efforts susceptibles de niquer au thorax de violents mouvements d'ampliation, qui facilitent l ration et l'expulsion des mucosités bronchiques; les autres, pour l'énergie de la circulation et arrêter la congestion du parenchyme pulm Ceux-ci emploient l'ipécacuanha, dont l'action débilitante est peu pro les derniers, au contraire, préconisent, comme chez l'adulte, l'usage d stibié, sédatif auquel ils accordent la plus grande valeur. Il faut donner d'ipécacuanha à la dose de 30 grammes ou l'ipécacuanha en poudre. h

(1) Laennec, *Traité de l'auscultation médiate*, annoté par Andral. Paris, 18

et de la manière indiquées plus haut; quelquefois on donne l'émétique en potion, à la dose de 5 centigrammes pour 50 grammes de véhicule et 10 grammes de sirop diacode, tous les quarts d'heure une cuillerée à café, jusqu'à dose vomitive; au deuxième ou au troisième vomissement il faut suspendre et laisser de côté le reste de la potion.

Il est fort avantageux de mettre en usage cette méthode thérapeutique. Il est rare qu'elle ne produise pas au moins une amélioration momentanée. Souvent elle arrête la marche de la maladie, et les accidents thoraciques se dissipent sous son influence.

J'accorde sans hésitation la préférence à la poudre d'ipécacuanha. Le tartre stibié entraîne quelquefois de sérieux inconvénients. Dès la première dose, il détermine une prostration considérable, un amaigrissement rapide, une altération notable de la physionomie avec excavation des yeux, et l'on ne peut sans imprudence continuer son administration. Il serait dangereux de chercher à obtenir la tolérance du médicament; ce serait s'exposer à des conséquences fâcheuses qu'on pourrait difficilement combattre. Si la tolérance du tartre stibié est un phénomène ordinaire chez les enfants d'un certain âge, elle est fort rare chez l'enfant à la mamelle.

Cette médication a été combinée avec les émissions sanguines par Valleix, qui s'exprime ainsi : « On a, je crois, trop d'appréhension pour l'emploi de ce moyen chez les nouveau-nés ; il agit, sous le rapport de l'effet éméto-cathartique, à peu près comme chez l'adulte, c'est-à-dire que la tolérance ne tarde pas à s'établir... C'est donc sur l'emploi des saignées et du tartre stibié que me paraît devoir être basé le traitement. »

On peut aussi donner des demi-loochs additionnés de kermès, 10 ou 15 centigrammes, ou d'oxyde blanc d'antimoine à 25 centigrammes; mais ces moyens ne m'ont jamais paru être bien efficaces.

A cette seconde période de la pneumonie, les vésicatoires sont moins évidemment utiles que dans la période de début. Leur emploi ne doit cependant pas être rejeté. On peut croire avec quelque raison que l'action révulsive opérée sur le derme est de nature à empêcher la série des transformations qui succèdent à la congestion des lobules pulmonaires. Il faut prescrire un vésicatoire assez large et l'appliquer en avant, de façon à couvrir un peu les deux côtés du thorax.

Ce moyen n'entraîne point de dangers. Il ne produit pas chez le jeune enfant, comme chez l'adulte, le ténesme vésical et la rétention d'urine. Ce n'est qu'à un âge plus avancé qu'on a l'occasion d'observer ces accidents du côté de la vessie.

Il est certains cas de pneumonie dans lesquels la réaction est faible ou à peu près nulle. Alors il peut être avantageux de prescrire quelques infusions aromatiques, telles que l'infusion de sauge, de mélisse, etc., ou peut-être la quinine brute à faible dose. Cette médication légèrement excitante, dont nous parlons *à priori*, est souvent employée avec succès chez l'adulte placé dans

des circonstances analogues. Elle peut être utile chez un enfant débile et affaibli, auquel il ne manque qu'un peu de force et un degré de vitalité nécessaires à la résorption des produits accumulés dans le parenchyme pulmonaire.

Parmi les complications de la pneumonie, il en est peu qui doivent nous occuper sérieusement. Ainsi la pleurésie légère qui accompagne cette affection se dissipe sous l'influence du traitement de la maladie principale. Les productions tuberculeuses du poumon et des ganglions bronchiques, lors même qu'elles sont bien constatées, ne peuvent empêcher de recourir à l'emploi des moyens dont nous avons parlé. Il n'y a guère que l'entéro-colite qui puisse entraver le traitement de la pneumonie : encore faut-il déclarer que la présence de cette maladie n'est qu'une contre-indication du tartre stibié, dont l'emploi pourrait augmenter l'irritation du canal digestif. Les autres agents thérapeutiques peuvent être employés indifféremment, sans crainte de voir s'aggraver l'affection de l'intestin.

Dans la *pneumonie lobaire*, le traitement est fort différent. Cette forme guérit presque toujours par les moyens les plus simples. Quelques sangsues au début, une, deux, trois et plus ; en général, autant de sangsues que d'années chez le malade, doivent être appliquées sur le côté malade, en ayant soin d'arrêter promptement l'hémorrhagie.

Une potion stibiée avec du sirop diacode doit être donnée tous les jours suivants, en ayant soin de la supprimer si elle provoque des vomissements trop fréquents ou une forte diarrhée. Puis, au moment de la résolution, un ou deux vésicatoires volants doivent être successivement appliqués sur le devant de la poitrine.

Aphorismes.

131. La pneumonie primitive, qu'on appelle aussi *pneumonie d'emblée*, est rare chez les enfants à la mamelle.

132. La pneumonie est ordinairement secondaire et consécutive à une bronchite simple ou à une bronchite intercurrente des fièvres ou maladies aiguës fébriles.

133. La pneumonie d'*emblée* est ordinairement lobaire.

134. Les pneumonies consécutives sont toujours lobulaires.

135. La pneumonie lobulaire est tantôt *discrète*, tantôt *confluente*.

136. La pneumonie des enfants à la mamelle est presque toujours *double*, et affecte ordinairement les deux poumons.

137. La pneumonie lobaire ou lobulaire se présente sous deux formes anatomiques un peu différentes quant à la structure, qui sont la pneumonie intra-vésiculaire et la pneumonie extra-vésiculaire.

138. La pneumonie intra-vésiculaire, ordinairement primitive, amène la congestion et l'épaississement des parois des cellules du poumon, avec formation d'un dépôt plastique intérieur qui constitue le caractère de l'hépatisation rouge et grise.

139. La pneumonie extra-vésiculaire, toujours consécutive, produit seule-

ment la congestion et l'épaississement des parois des vésicules pulmonaires, sans sécrétion fibrineuse plastique à l'intérieur de ces vésicules.

140. La pneumonie chronique, plus commune chez l'enfant à la mamelle que chez l'adulte, est toujours lobaire.

141. La pneumonie engendre souvent la formation de granulations miliaires fibro-plastiques dans l'intérieur des cellules du poumon, chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, ou issus de parents atteints de scrofules.

142. Le développement de la pneumonie lobulaire est favorisé par l'entassement des enfants dans une salle d'hôpital.

143. Une toux ordinaire et fréquente, accompagnée de fièvre et d'anhélation, doit faire craindre l'invasion d'une pneumonie.

144. La respiration expiratrice, gémissante et saccadée, annonce sûrement l'existence d'une pneumonie lobaire ou lobulaire confluente.

145. La respiration haletante, accompagnée du mouvement continuel des ailes du nez, est un signe de pneumonie.

146. La matité de la poitrine est généralement peu marquée dans la pneumonie des enfants à la mamelle.

147. Quand la matité de la poitrine existe chez un jeune enfant très enrhumé, on doit craindre une pneumonie.

148. La matité exclusive d'un côté de la poitrine, chez un jeune enfant, indiquée plutôt la pleurésie que la pneumonie.

149. Le râle sous-crépitant qui accompagne la toux, la fièvre et l'anhélation, assure le diagnostic d'une pneumonie lobulaire confluente.

150. Le souffle qui est rare chez les enfants à la mamelle appartient toujours à la pneumonie lobaire et quelquefois à la pneumonie lobulaire confluente.

151. La bronchophonie, c'est-à-dire le retentissement des cris de l'enfant, indique la pneumonie arrivée à son plus haut degré.

152. La vibration exagérée des parois thoraciques au moment des cris indique la pneumonie, tandis que leur absence signale, au contraire, l'existence d'une pleurésie avec épanchement considérable.

153. La fièvre vive ou modérée, d'abord continue, offre de nombreuses exacerbations dans le cours de la pneumonie.

154. Les pneumonies primitives ou d'*emblée* sont moins graves que les pneumonies consécutives.

155. Les pneumonies consécutives au catarrhe pulmonaire simple guérissent souvent.

156. Les pneumonies consécutives à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, sont très graves.

157. La pneumonie des enfants à la mamelle est surtout une affection grave, en raison des complications qui précèdent ou suivent son développement.

158. La pneumonie des enfants à la mamelle a une grande tendance à passer à l'état chronique.

159. La pneumonie consécutive au développement des granulations miliaires fibro-plastiques, ou des granulations tuberculeuses, est ordinairement mortelle.

160. La respiration expiratrice, gémissante et saccadée, accompagnée de mouvements dans les narines, annonce un très grand danger pour la vie de l'enfant.

161. Le gonflement et l'œdème des mains ou des pieds qui arrivent dans le cours de la pneumonie font craindre une mort prochaine. (Trousseau.)

162. Le retour de la sécrétion des larmes, suspendue dans la pneumonie, est d'un excellent augure pour sa terminaison favorable. (Trousseau.)

163. Une ou deux sangsues à de courts intervalles, plusieurs vésicatoires sur l'avant du thorax, et des prises d'ipécacuanha, suffisent au traitement de la pneumonie aiguë simple.

CHAPITRE III.

DE LA PLEURÉSIE.

Pendant longtemps on a considéré la pleurésie comme une affection très rare chez les enfants. Cette opinion, dont le point de départ se trouve dans les écrits de Cœlius Aurelianus, d'Arétée, de Triller et de Morgagni fut adoptée par les pathologistes et transmise aux auteurs modernes. Elle fut cependant modifiée par quelques médecins, qui, passant du doute à la dénégation absolue, regardèrent comme impossible le développement de la pleurésie dans l'enfance.

Alors parurent les travaux de Billard, de Constant, de Barrier, de Rilliet et Barthez, de C. Baron, dans lesquels on accorde à la pleurésie la place qu'elle doit occuper dans les cadres pathologiques. Des centaines de faits démontrent son existence de la manière la plus incontestable. D'après ces auteurs, les affections de la plèvre sont plus rares dans les premières années de la vie que dans la seconde enfance, et on les observe plus souvent comme affections secondaires que comme affections primitives.

La pleurésie se rencontre chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Elle se présente sous deux formes qu'il est nécessaire de distinguer. Dans la première, qui est la plus rare, l'inflammation de la plèvre tout entière est la seule et unique cause de la maladie, et constitue la pleurésie *primitive*. Dans la seconde, au contraire, la pleurésie n'est plus qu'un accident *secondaire*, ordinairement peu grave ; les lésions pleurales sont très minimes et viennent s'ajouter, sans qu'il en résulte d'importance, à une affection antérieurement établie. Cette forme est beaucoup plus commune que la précédente ; nous l'appellerons pleurésie *secondaire*.

Cette dernière variété s'observe chez les enfants atteints de pneumonie lobulaire ou lobaire, et d'abcès du poumon ; chez les tuberculeux et chez la plupart des sujets qui succombent à l'entéro-colite ou aux affections cérébrales, lorsque

l'engorgement du poumon a eu le temps de s'opérer avant la mort. Dans ces cas, la maladie du poumon est le point de départ et la cause de l'inflammation pleurale, et la plèvre renferme une petite quantité, une cuillerée peut-être, de sérosité limpide ou jaunâtre, quelquefois opaline, mais sans flocons albumineux. Elle est un peu rouge, sans injection capillaire, vive et recouverte, sur quelques points de sa surface viscérale, par une exsudation plastique, mince et transparente, rarement assez épaisse pour être complétement opaque. Cette exsudation est ordinairement peu appréciable; elle l'est davantage au niveau des angles formés par les scissures du poumon; là, elle est assez épaisse, d'un blanc grisâtre, et sert souvent de moyen d'agglutination entre deux lobes. Une fois, dans un cas observé par M. Hipp. Bourdon sur un enfant de deux mois, la pleurésie secondaire, avec abcès du poumon, occupait la base de l'organe, et les parties de la plèvre adhérentes au côté droit du diaphragme, étaient les seules qui fussent malades. C'était une *pleurésie diaphragmatique*. Il y a eu quelque chose de très curieux dans ce fait et qui n'a pas été suffisamment expliqué. La maladie s'était développée au moment de la vaccination et de la suppuration des pustules vaccinales; au milieu de la fièvre, il survint de l'ictère, puis les phénomènes méconnus de la pleurésie, puis des convulsions, et il succomba. A l'autopsie, on ne trouva rien au cerveau, ni dans le foie, et on vit seulement un abcès du poumon droit avec une pleurésie diaphragmatique secondaire avec épanchement dans le côté gauche. On peut se demander si c'est bien là une simple pleurésie, ou si ce ne serait pas au contraire un fait de résorption purulente suite de vaccine, avec ictère, abcès métastatique du poumon, et enfin, pleurésie diaphragmatique consécutive. J'adopterais volontiers cette dernière opinion.

J'ai eu bien souvent l'occasion de constater ces lésions de la pleurésie *consécutive* ou *secondaire* avec des modifications légères dans l'étendue, mais sans aucun autre caractère anatomique. Elles ont été indiquées 23 fois sur 68 autopsies.

20	pneumonies aiguës,	9	pleurésies concomitantes.
13	— tuberculeuses,	6	—
19	entéro-colites,	5	—
16	maladies diverses,	3	—
68		23	

Ces lésions n'ont été reconnues que sur le cadavre. Elles avaient été masquées, durant la vie, par la gravité des autres phénomènes morbides.

Évidemment elles se rattachent à la pleurésie : mais, comme on le voit, elles sont fort différentes de celles que l'on observe dans les cas d'inflammation primitive de la plèvre. Elles doivent donc être envisagées d'une manière spéciale, et ne peuvent être isolées des maladies qu'elles viennent compliquer.

Sous ce rapport, la pleurésie *consécutive* est assez fréquente chez les enfants à la mamelle ; mais elle ne constitue pas une maladie dont il soit néces-

saire de décrire à part l'invasion, la marche et le développement. Comme toutes les affections secondaires, elle ne mérite qu'une simple mention. Il n'est encore venu à l'esprit de personne de décrire l'œdème qui accompagne la paralysie, ni de placer en relief le gonflement des glandes mésentériques consécutif à l'inflammation de l'intestin. Il en est ainsi de la pleurésie secondaire chez les enfants.

La *pleurésie primitive*, par son analogie avec celle de l'adulte, doit être considérée avec plus d'attention. Elle est fort rare à une époque rapprochée du moment de la naissance. Ce fait justifie l'observation de Cælius Aurelianus qui a dit : *Intelligimus profecto passionem pleuriticam difficulter pueros incurrere.*

MM. Rilliet et Barthez ne l'ont observée que trois fois chez des enfants d'un à trois ans. M. Barrier ne l'a jamais rencontrée à cet âge. J'en ai recueilli trois exemples, deux à l'hôpital Necker : l'un des deux enfants avait dix-huit mois et l'autre seize, le troisième a été observé en ville ; le sujet a guéri. A un âge plus avancé, elle est au contraire beaucoup plus fréquente, et de quatre à quinze ans, j'en ai observé un assez grand nombre d'exemples dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette variété de pleurésie offre des caractères anatomiques exactement semblables à ceux de l'adulte ; il est inutile de les reproduire. Sur les deux jeunes malades qui sont morts et dont je viens de parler, le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale et carnifié. L'épanchement qui remplissait la cavité pleurale était formé de sérosité purulente, avec dépôt de flocons albumineux et purulents. La plèvre viscérale et pariétale était rouge, fortement injectée et couverte dans toute son étendue par une fausse membrane grisâtre, épaisse, fort adhérente et rugueuse sur la face restée libre.

Le liquide épanché renferme quelquefois une notable quantité d'*urée*, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation suivante du docteur C. Hecker.

Observation. — *Urée dans des épanchements pleuraux chez les enfants.* — La femme d'un ouvrier, âgée de trente-huit ans, enceinte et attendant pour le milieu d'août, s'adressa au docteur Hecker, le 24 juillet, pour des douleurs qui lui faisaient craindre d'accoucher avant son terme. Depuis plusieurs semaines, les extrémités inférieures étaient œdémateuses et l'urine contenait une énorme quantité d'albumine. Elle était d'ailleurs assez bien, et en état de vaquer aux soins de son ménage. Le 30 juillet, un engouement pneumonique du poumon droit se manifesta, et la nuit suivante, la malade accoucha rapidement, sans aucun signe d'éclampsie, d'un enfant mort-né, dont le cou était comprimé circulairement par le cordon. On observa, chez cet enfant, ce qui se rencontre d'ordinaire chez les enfants mort-nés, spécialement de nombreuses ecchymoses dans les poumons et le cœur. Les cavités pleurales contenaient une quantité anormale de liquide, sans aucune maladie appréciable de la plèvre. Ce liquide, qui pouvait être évalué à environ 2 onces, contenait une quantité considérable d'urée, le microscope y démontrant des cristaux de cette substance, soit à l'état de pureté, soit en combinaison à l'état de nitrates et d'oxalates. La mère succomba à la pneumonie dont elle était atteinte, le 9 août. Relativement à la présence de l'urée dans les épan-

nents de la plèvre chez les enfants, le docteur Hecker cite le cas d'un en-
né le 8 septembre [illegible]ort peu de temps après, en octobre, chez lequel la
re gauche contenait 3 ou 4 onces d'un liquide, qui fournit des cristaux de
ate d'urée. Il n'y avait rien dans la plèvre droite (1).

Causes.

es causes de la pleurésie sont, à peu de chose près, celles de la pneu-
nie. Cette maladie s'observe indifféremment chez les garçons et chez les
s ; elle est plus fréquente en hiver qu'en été ; elle se développe de préfé-
ce chez les enfants faibles et délicats, soumis à une mauvaise alimentation,
cés à l'hôpital dans un décubitus prolongé sur le dos et dans une atmo-
ère viciée par l'accumulation des sujets. La pleurésie primitive est exces-
ment rare entre l'instant de la naissance et la fin de la deuxième année ;
leurésie secondaire s'y rencontre très fréquemment. Cette inflammation
assez commune dans la seconde enfance. Elle s'observe en même temps que
bronchite, qui termine la plupart des maladies du jeune enfant, et surtout
nme complication de la pneumonie lobulaire aiguë ou de la pneumonie
erculeuse.

Symptômes.

La pleurésie *primitive* n'occupe qu'un des côtés de la poitrine ; elle s'an-
nce, chez le jeune enfant, par une dépression notable des forces, par de
appétence, par une toux légère et de la fièvre. Puis apparaît une douleur
côté, difficilement appréciable, dont on peut reconnaître le siége par les
que pousse l'enfant au moment où l'on percute l'endroit douloureux. La
x devient successivement plus fréquente ; elle est petite, sèche, quelquefois
ible et empêchée ; elle conserve ce caractère pendant la durée de la ma-
ie. L'expectoration est nulle ; la respiration s'accélère, et chez les très
nes enfants, elle devient haletante, comme dans la pneumonie du premier
, et bientôt elle prend le caractère saccadé de la respiration gémissante et
iratrice. Le visage reste pâle et immobile ; souvent les traits sont déformés
la contraction des muscles respirateurs de la face et par l'agitation des
ines, phénomènes qui sont en rapport avec la fréquence de la respiration.
enfants restent couchés sur le dos et quand ils se mettent sur le flanc,
st de préférence sur le côté qui est le siége de l'épanchement pleurétique.
ant au décubitus, chez les enfants du premier âge, il est presque inutile
n parler, puisque les enfants ne sont pas libres de choisir, et qu'ils restent
prisonnés dans leurs langes dans la position où on les place.
Au début, on peut constater dans le côté malade une faiblesse du bruit res-
atoire, qui s'élève avec l'épanchement, gagne les parties latérales, les par-

(1) *Virchow's Archiv.*, band IX, p. 305, et *Medical Times and Gazette*, 3 janvier
57.

ties supérieures et antérieures. La respiration bronchique s'observe ensuite; elle n'est pas constante et semble disparaître pour revenir par intervalles.

Les conditions favorables à la production de ce bruit n'ont cependant pas changé. Cette disparition momentanée s'explique par l'inégalité de la respiration des enfants ou par l'effet d'un obstacle apporté au passage de l'air par des mucosités accumulées dans les bronches. Ainsi, lorsque dans la pleurésie les forces qui concourent à l'inspiration sont trop faibles, la respiration s'opère sans bruit anormal. Il en est de même lorsque les mucosités oblitèrent la bronche principale d'un poumon hépatisé ou comprimé par un épanchement. Cette partie ne reçoit pas l'air et ne peut donner naissance à la respiration bronchique.

A cette modification du bruit respiratoire, il faut nécessairement rapporter la bronchophonie et l'égophonie, qu'il n'est guère possible de distinguer chez les enfants à la mamelle. Dans les cas de pleurésie avec respiration bronchique le retentissement du cri remplace ces phénomènes ; il s'entend dans la fosse sous-épineuse et au niveau de la crête de l'omoplate. Il est intermittent comme la respiration bronchique, et cesse aussitôt que l'épanchement est devenu très considérable.

Lorsque la pleurésie en est arrivée à ce degré, l'absence de respiration dans le côté malade est complète ; on n'y entend plus la respiration bronchique et la bronchophonie antérieurement constatées. La matité est absolue. La cessation de ces phénomènes doit suffire pour indiquer d'une manière positive la présence d'une quantité considérable de liquide dans la plèvre.

La percussion est un moyen d'exploration sans valeur pour le diagnostic du début des affections de poitrine chez les enfants à la mamelle, et à ce titre, elle présente peu d'utilité à la période d'invasion de la pleurésie. La raison en est toute physiologique ; nous l'avons indiquée ailleurs, en disant que la résonnance de la poitrine des enfants de cet âge est assez obscure pour ne pas permettre d'apprécier une faible modification du son normal. Quand la pleurésie est bien développée et que la quantité de l'épanchement est considérable, alors on obtient par la percussion une matité qui limite la hauteur du liquide retenu dans la plèvre. Dans quelques cas, cette matité est étendue à tout un côté de la poitrine ; elle coïncide alors avec l'absence complète de respiration.

L'inspection de la poitrine ne fournit aucune notion importante au début de la pleurésie, et même dans les pleurésies qui accomplissent rapidement leurs périodes. Il n'en est plus de même lorsque la maladie se prolonge assez longtemps pour permettre la formation d'un épanchement considérable. Alors le côté affecté se dilate ; il peut acquérir jusqu'à 1 centimètre de circonférence de plus que l'autre ; les côtes sont redressées et les espaces intercostaux à peine sensibles. Le sternum et la colonne vertébrale subissent une déformation analogue.

La palpation du thorax suffit, dans quelques circonstances, pour révéler

stence de la pleurésie accompagnée d'une notable quantité d'épanche-
t. La main ne trouve aucune vibration dans les parois du côté malade au
ent de la respiration ou des cris. Ce signe, indiqué par MM. Taupin,
n, Rilliet et Barthez, et que j'ai pu constater très souvent, me paraît être
e grande valeur. Son importance est même d'autant plus grande que
la pneumonie l'on observe précisément un phénomène contraire. Ainsi,
la pneumonie, la vibration des parois thoraciques est considérablement
nentée. C'est là un signe différentiel précieux dont il faut absolument
compte, et qui sépare l'une de l'autre la pleurésie aiguë suivie d'épan-
nent et la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

a pleurésie *primitive* des enfants à la mamelle se présente, comme la pleu-
e des enfants plus âgés, à l'*état aigu* et à l'*état chronique* ou *latent*.

ans la forme aiguë, l'invasion est signalée par la toux, sans qu'il soit pos-
e de constater la douleur pleurétique, par une accélération notable de la
piration et par une fièvre modérée. L'enfant paraît accablé ; il tette moins
ntiers ; son humeur est triste ; sa respiration est faible, accompagnée de
piration bronchique sans râles ; la percussion ne donne point de résultats.
sque la maladie est bien confirmée, ces symptômes persistent et s'aggra-
t ; l'enfant maigrit, perd tout son appétit, présente quelquefois de la diar-
e ; la fièvre devient rémittente avec exacerbations nocturnes ; la respira-
s'embarrasse de plus en plus et devient saccadée, haletante ou expiratrice.
oux reste la même. L'auscultation révèle la présence du souffle bronchique,
nfin l'absence complète de respiration. La percussion donne un son mat
tout le côté affecté. La palpation ne découvre aucune vibration des pa-
thoraciques.

ans le cas de *pleurésie diaphragmatique*, on observe, avec les phéno-
es précédents, la secousse gémissante et saccadée de l'inspiration beau-
plus marquée que dans la pleurésie ordinaire.

ans la forme chronique ou latente, la réaction fébrile est moindre, la toux
peu près nulle, et les troubles extérieurs de la respiration peu marqués.
constate par l'auscultation la respiration faible, le souffle bronchique, et
l'absence totale de respiration. La matité est complète, la vibration des
is thoraciques est détruite.

rrivées à ce terme, la pleurésie aiguë et la pleurésie chronique se confon-
. Les accidents déterminés par la présence d'un épanchement abondant
la cavité de la plèvre sont les mêmes, à part toutefois l'intensité de quel-
symptômes, qui est plus grande dans la pleurésie primitive aiguë. La dys-
est considérable, et l'asphyxie ne tardera pas à venir mettre un terme à
stence de l'enfant.

a pleurésie primitive, aiguë ou chronique, des enfants à la mamelle est
maladie fort grave, qui se termine rarement par résolution, et qui entraîne
souvent la mort. Deux enfants que j'ai observés à l'hôpital Necker, ont
ombé sans qu'il ait été possible d'arrêter la marche fatale de la maladie.

Il n'en est pas de même chez les enfants plus avancés en âge. La terminaison est alors moins souvent malheureuse, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de le constater en ville ou dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, et comme on peut le voir par la lecture des travaux de MM. Baron, Barrier, Rilliet et Barthez.

Diagnostic.

Parmi les maladies de la première enfance qu'il serait possible de confondre avec la pleurésie, une seule mérite de fixer l'attention, c'est la pneumonie. Chez les enfants à la mamelle, la pneumonie succède presque toujours au catarrhe bronchique ; elle est caractérisée par la présence des râles muqueux et sous-crépitant dans les deux côtés de la poitrine, par le souffle bronchique, la bronchophonie, et une vibration notable des parois thoraciques au moment des cris. La pleurésie, au contraire, ne s'accompagne d'aucun râle; la respiration est faible d'un seul côté; là, on entend d'abord du souffle auquel succède l'absence complète de la respiration, la matité absolue, et l'absence de toute vibration dans les parois du thorax au moment des cris. Il n'en est pas davantage pour distinguer parfaitement ces deux maladies l'une de l'autre.

On observe en outre une respiration courte, saccadée, quelquefois gémissante et *expiratrice*, si la pleurésie a une grande étendue et touche au diaphragme.

A un âge plus avancé, la pleurésie pourrait être confondue avec la péricardite, le pneumothorax, et les affections tuberculeuses pulmonaires. Dans la péricardite, la matité occupe la région antérieure de la poitrine et affecte une forme triangulaire tronquée dont le sommet se trouve vers la clavicule; les bruits du cœur sont sourds et en arrière s'entend encore le murmure vésiculaire respiratoire.

Dans le pneumothorax, la matité est complète en bas de la poitrine dans le côté malade, tandis qu'à la partie supérieure de l'épanchement il y a une résonnance bien marquée. On entend par la succussion un bruit de flot très évident (*Succussion Hippocratique*), et en écoutant avec soin le murmure vésiculaire on perçoit du souffle amphorique quelquefois accompagné de tintement métallique.

Traitement.

Ce que j'ai à dire sur le traitement de la pleurésie des enfants à la mamelle ne s'applique uniquement qu'aux pleurésies primitives, puisque j'ai à dessein, en raison de leur peu d'importance, laissé de côté les pleurésies secondaires. Il n'est guère possible, dans un âge aussi tendre, à moins d'une réaction fébrile considérable, de recourir à l'emploi des émissions sanguines. S'il avait opportunité, il faudrait employer de grandes précautions, et n'appliquer à la fois, sur le côté malade, qu'une ou deux sangsues, ou trois ventouses, le médecin restant libre de réitérer en cas de besoin.

Les diurétiques sont peu commodes à faire prendre à un jeune enfant:

mt, à défaut de nitrate de potasse ordinairement employé, on peut mettre
age la teinture de scille ou de digitale. Si la diacrise urinaire ne s'ef-
: pas, ces médicaments ont au moins l'avantage de tempérer la vitesse de
culation et de calmer la réaction fébrile. On donne ces médicaments dans
otion.

Eau de laitue.....	40 grammes.
Sirop simple.....	20 —
Teinture de digitale.....	0,20 à 0,30.

s purgatifs dont l'emploi est adopté par Baudelocque sont cités par M. Baron
e devant produire des résultats fort avantageux. Il faut donner la manne
solution dans du lait, le tartre stibié en lavage à la dose de 0,01. Ce sont
rgatifs les plus doux et les plus faciles à administrer.

révulsifs cutanés ont été mis en usage par un grand nombre de méde-
qui n'ont eu qu'à s'applaudir de les avoir employés. Comme ces résultats
ues concernent surtout la pleurésie de la seconde enfance, on ne peut
reusement conclure à l'efficacité des vésicatoires dans le traitement de la
sie des enfants au berceau. Néanmoins, si l'on en juge par l'analogie,
t, en définitive, le seul guide des essais de thérapeutique, il faut regarder
ication comme une ressource fort utile pour obtenir la guérison de la
ie qui nous occupe.

st presque inutile d'ajouter que l'emploi de ces divers moyens doit être
lé par l'observation des règles de l'hygiène la plus sévère. L'enfant devra
lacé au milieu d'une douce atmosphère, à l'abri des refroidissements
et d'une chaleur exagérée. Il sera soumis à une diète lactée rigoureuse,
ourrice le tiendra souvent sur ses bras pour le promener dans l'appar-
t, sans le conduire à l'air extérieur. Ces conditions doivent nécessaire-
varier suivant la force des sujets; il en est quelques-uns qui doivent
imentés, comme cela peut être nécessaire dans la pleurésie chronique;
es doivent être promenés au dehors, au soleil, pour lutter contre la ca-
: qui les entraîne.

la marche de la maladie n'a pu être entravée, et si la quantité de l'épan-
ent devient menaçante pour la vie, il faut recourir à la thoracentèse.
opération a plusieurs fois été pratiquée, par Heyfelder, sur des en-
de six à huit ans. Elle a été faite par d'autres médecins encore, et je
pratiquée plusieurs fois avec succès, une fois entre autres, dans des cir-
tances remarquables. Il s'agit d'une petite fille de sept ans, à qui j'ai
deux fois l'opération à un mois d'intervalle, d'abord pour une pleurésie à
te, ensuite pour une seconde pleurésie à gauche. L'enfant a parfaitement
ri. Elle n'a été que très rarement exécutée chez des enfants à la mamelle;
je ne crois pas, l'indication étant pressante, que l'âge puisse être considéré
me une contre-indication de son emploi.

M. Maurice l'a faite sur un enfant de vingt-sept mois, pour une pleurésie

ancienne et *purulente* qui nécessita trois ponctions combinées aux injections d'iode, et le malade guérit. C'est un fait qui doit encourager à faire d'autres opérations semblables.

Quand l'épanchement pleural est de bonne nature, c'est-à-dire formé de sérosité ordinaire, la simple thoracentèse suffit, mais si le liquide est purulent ou formé de pus, il faut faire une injection iodée après la ponction, et la répéter à deux et trois reprises à huit jours d'intervalle, dès que l'épanchement est reproduit. Au bout de ce temps il faut faire l'empyème et laver la cavité pleurale de manière à empêcher la stagnation du pus.

Aphorismes.

164. La pleurésie aiguë, avec épanchement de sérosité, est très rare chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle.

165. De la matité absolue dans un seul côté de la poitrine, chez un jeune enfant, indique plutôt une pleurésie qu'une pneumonie.

166. La matité du thorax, et, sous la main, l'absence des vibrations thoraciques au moment des cris, annoncent un épanchement pleurétique.

167. L'épanchement pleurétique des jeunes enfants est un accident très grave.

168. La pleurésie des jeunes enfants, qui passe de l'état aigu à l'état chronique, est mortelle.

169. Un épanchement considérable, chez un jeune enfant, doit être traité par la thoracentèse au moyen d'une lancette ou d'un petit trocart.

CHAPITRE IV.

DE LA PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE.

On aurait une très fausse idée de la phthisie des jeunes enfants, si on croyait pouvoir se l'imaginer comme un diminutif ou une réduction de la phthisie des adultes. Dans le jeune âge la phthisie pulmonaire a des caractères, des symptômes tout particuliers ; il n'y a que la terminaison par la mort qui puisse la rapprocher de la phthisie des sujets d'un âge plus avancé.

La phthisie pulmonaire des nouveau-nés est le résultat de l'influence héréditaire, de la nourriture malsaine ou insuffisante, de la mauvaise qualité du lait d'une nourrice, du sevrage prématuré, du froid, de la misère et de toutes les causes débilitantes qui peuvent agir directement sur la nutrition. Elle peut également résulter d'un trouble indirect de la nutrition par de fréquentes diarrhées à la suite d'un mauvais régime. Elle semble quelquefois succéder à une pneumonie aiguë, mais dans ce cas, il y a toujours lieu de se demander laquelle des deux affections a précédé l'autre, si c'est la pneumonie qui a produit l'état morbide primitif, ou si elle n'est pas elle-même une affection secondaire

daire. Pour moi, je pense que dans beaucoup de cas, chez des enfants prédisposés, c'est la pneumonie qui amène le développement de la phthisie, et ici je dis une chose que je ne dirais certainement pas s'il s'agissait de la pathologie de l'homme adulte. La phthisie enfin est peut-être chez l'enfant, dans sa forme granuleuse, une des manifestations de la syphilis héréditaire.

La phthisie des enfants présente plusieurs formes anatomiques distinctes qui se réunissent quelquefois, et que j'ai étudiées avec M. Ch. Robin. Il y a la phthisie granuleuse dont le caractère anatomique est la présence de *granulations fibro-plastiques*, et quelquefois, mais très rarement, de *granulations épidermiques;* il y a en outre la phthisie tuberculeuse dont *le tubercule* est le principal élément, et dans laquelle se rencontrent également des granulations fibro-plastiques. Ces deux formes anatomiques parfaitement reconnues par Bayle, ne sont, comme l'a dit Laennec, que les deux degrés d'une seule et même maladie, le tubercule étant souvent, mais non toujours, la transformation de la granulation grise fibro-plastique ou épidermique. Dans un certain nombre de cas, cependant, il n'existe que des granulations grises fibro-plastiques sans tuberculisation et ailleurs, la maladie commence par le tubercule sans avoir été précédée de granulations fibro-plastiques. Sur ce fait repose la loi de pathologie générale suivante : *Les produits morbides ne révèlent pas toujours la nature d'un mal.* En effet, on voit ici deux produits de structure différente qui dépendent de la même diathèse et sont de la même nature, tandis qu'ailleurs on voit le même produit ayant même structure, le pus, l'épithélium, la gangrène, le tissu fibro-plastique, les fausses membranes, etc., se produire sous l'influence de causes toutes différentes et dépendre de maladies n'ayant entre elles aucun rapport de nature et de causalité. Ce sont là des faits de la plus haute importance et qui nous obligent à restaurer les travaux de Bayle un instant éclipsés par le génie de Laennec. Ce médecin a eu tort de confondre entièrement les granulations grises et les granulations jaunes, deux produits de nature un peu différente et qui doivent encore rester séparés.

1° De la phthisie granuleuse.

Dans la *phthisie granuleuse*, les deux poumons sont plus ou moins remplis de granulations miliaires demi-transparentes, opalines, grisâtres, brillantes et nacrées. Ces granulations ont le volume d'une petite tête d'épingle à un grain de chènevis. Elles sont entourées d'une zone rougeâtre vasculaire de 1 à 2 millimètres, ou au contraire entourées de parenchyme sain, ce qui est plus rare. Elles sont dures, résistantes au doigt. Elles sont inégalement disséminées, mais sans préférence marquée pour le sommet des poumons, comme on l'observe dans la véritable phthisie tuberculeuse.

Ces granulations sont formées d'éléments particuliers, tantôt de tissu fibro-plastique, tantôt de cellules épithéliales, ce qui est exceptionnel. Elles peuvent rester longtemps sous cette forme, et chez des enfants qui succombent,

il n'y a quelquefois pas d'autres corps étrangers dans le parenchyme pulmonaire, que les granulations dont je viens de parler. Chez d'autres sujets, elles offrent un point jaunâtre central qui est le commencement d'une transformation en tubercule cru, et elles sont entourées dans le même poumon par des granulations tuberculeuses, de sorte que les deux altérations sont réunies sur le même enfant.

Voici d'ailleurs la structure de ces granulations, telles que M. Ch. Robin et moi l'avons déterminée. Nous nous proposons de revenir plus tard sur ce sujet et de publier en commun des recherches qui me paraissent avoir beaucoup d'importance. Nos résultats ont été confirmés depuis par M. Liegard (de Caen) et M. Luys dans leur thèse inaugurale, qui ont pris dans ce livre le point de départ de leurs recherches.

Granulations fibro-plastiques. — Les éléments constitutifs de ces granulations sont : 1° de la matière amorphe parsemée de granulations moléculaires formant une grande partie de la masse ; 2° des éléments fibro-plastiques en minime quantité ; 3° quelquefois des corps granuleux ; 4° des fibres du tissu cellulaire généralement très rares et pouvant manquer, des éléments élastiques du poumon qui manquent encore plus fréquemment ; 5° çà et là des cellules d'épithélium pulmonaire.

Fig. 5. — Granulation grise du poumon, avec ses granulations moléculaires, noyaux fibro-plastiques, cellule fibro-plastique irrégulière, cellule fibro-plastique fusiforme et une cellule épithéliale à cils vibratiles. (Bouchut.)

1° La matière amorphe est assez abondante et présente une consistance variable, plus grande dans les petites que dans les grosses granulations ; elle est semée de fines granulations moléculaires grisâtres, à contours indéterminés. Dans quelques granulations la masse de cette matière amorphe l'emporte sur la proportion des autres éléments. Quelques-unes sont noires comme des granulations pigmentaires. Cette substance est importante en raison de sa densité qui gêne beaucoup la dilacération des autres éléments.

2° Les éléments fibro-plastiques se présentent là avec leurs trois variétés, noyaux, cellules et fibres fusiformes. Les noyaux sont les plus nombreux, et peuvent être ovoïdes avec leurs formes caractéristiques ; quelques-uns sont sphériques et plus petits que les noyaux ordinaires. Les cellules sont moins nombreuses que les noyaux et sont généralement ovoïdes ; quelques-unes ont des prolongements à leur contour, ce qui les rend irrégulières ; elles renferment un noyau ovoïde caractéristique ; quelques-unes peuvent renfermer un noyau sphérique pareil à ceux dont nous venons de parler plus haut. Il n'est

rare de trouver des cellules ayant deux noyaux, fait plus commun dans état du poumon que dans les autres productions fibro-plastiques. Les gra-lations incluses dans les cellules fibro-plastiques sont toujours très fines et iformément distribuées ; aussi cette variété des éléments offre-t-elle toujours e grande transparence. Les fibres fusiformes sont moins nombreuses que éléments qui précèdent, elles sont pâles et transparentes, peu granuleuses, r longueur est variable, on en trouve de courtes comme celles des granu-ons de la péritonite et de la pleurésie chroniques. Il n'est pas rare de les contrer avec une extrémité tronquée près du noyau. Ce dernier est géné-ement ovoïde, mais quelquefois on le trouve avec une forme sphérique.

5° Ce tissu diffère un peu du tissu fibro-plastique ordinaire, ainsi qu'on t le voir dans la planche ci-jointe où se trouvent les éléments ordinaires ce tissu.

6° Les fibres de tissu cellulaire manquent souvent ; quand elles existent, s sont englobées dans les éléments dessus. Les fibres du tissu jaune tique existent plus fréquemment celles du tissu cellulaire.

7° Les cellules d'épithélium pul-naire ont conservé leur aspect mal, présentent quelquefois des vibratiles comme dans la planche j'ai dessinée (fig. 5), et elles vien-t des parois de petites bronches encore détruites par le dépôt o-plastique.

Fig. 6. — Éléments fibro-plastiques ordinaires. (Robin.)

Granulations épidermiques. — Ch. Robin n'a observé que quatre des granulations de ce genre, fois chez des enfants de quatre à six ans, deux fois chez l'adulte. Sur deux jeunes sujets, des granulations de la grosseur d'une tête d'épingle pois se trouvaient disséminées dans toute l'étendue des poumons. Dis-s de 1 à 2 centimètres, elles étaient difficiles à écraser, offraient une istance considérable et une friabilité particulière. Ces granulations fai-t saillie sur la coupe du poumon ; leur contour net était entouré de pulmonaire vascularisé ; elles offraient une coloration gris perle tirant le blanc mat ; elles étaient homogènes dans toute leur épaisseur, et leur tance se délayait dans l'eau, comme l'amidon se délaye dans l'alcool.

n y trouvait des éléments d'épithélium pulmonaire, des cellules ayant ect pavimenteux, généralement à quatre ou cinq côtés de dimensions va-es du reste, mais ayant assez de régularité. Ces cellules, à peu près qua-tères, se rapprochaient de la forme pavimenteuse, et étaient normalement ngées aux cellules qui, à l'état normal, ont la forme cylindrique caractè-

ristique. Le diamètre de ces cellules varie entre [illegible] et 18 millièmes de millimètre de diamètre, qui est moitié moindre de celui des épithéliums pavimenteux muqueux ou cutanés. Des granulations moléculaires n'offrant rien de particulier se trouvaient mélangées à ces éléments d'épithélium.

Dans les deux autres cas observés chez l'adulte, des granulations analogues aux précédentes se trouvaient distribuées dans les deux poumons et plus abondamment dans les lobes inférieurs que dans les supérieurs. Quelques-unes étaient confluentes, d'autres isolées par un centimètre environ de tissu pulmonaire. Il en résultait un aspect criblé particulier. Leur volume variait d'une tête d'épingle à un gros pois. Les plus grosses étaient les plus molles, quelques-unes semblaient ramollies, comme on le voit dans les tumeurs épidermiques de la face. Leur couleur était d'un blanc grisâtre. On y voyait des fragments écrasés facilement, et elles étaient composées de cellules d'épithélium, irrégulières, les granulations moléculaires étaient plus abondantes dans toutes les cellules à noyaux sphériques ou un peu ovoïdes. Quelques-unes, mais fort peu, avaient autour du noyau des granulations moléculaires jaunâtres, graisseuses.

Souvent autour de ces granulations épidermiques et fibro-plastiques existent les altérations spéciales de la pneumonie lobulaire discrète ou confluente, aiguë ou chronique, d'après le genre d'accidents qui a terminé l'existence des enfants.

Les ganglions bronchiques sont toujours hypertrophiés et souvent ils renferment de la matière tuberculeuse.

La plèvre présente quelquefois à sa surface de petits dépôts minces pseudo-membraneux, ou de rares granulations fibro-plastiques intra-pleurales.

Le foie, les reins, le péritoine, offrent quelquefois de semblables altérations.

Ces granulations fibro-plastiques ou épidermiques restent souvent sous cette forme jusqu'à la fin de la vie des enfants, et il y a des sujets qui succombent avec ces productions morbides sans addition de tubercules. Ce sont ces cas qu'il faut comprendre sous le nom de *phthisie granuleuse*. Chez d'autres sujets les granulations fibro-plastiques demi-transparentes présentent au centre un point jaunâtre opaque, de matière tuberculeuse à l'état de crudité et elles sont environnées de granulations entièrement tuberculeuses. Il est évident que dans ces cas la granulation demi-transparente est le point de départ des tubercules ainsi que l'a établi Laennec, et que ce dernier produit est le résultat d'une métamorphose du tissu fibro-plastique. Ces faits et ceux où le poumon est farci de tubercules constituent la *phthisie tuberculeuse proprement dite*.

2° De la phthisie tuberculeuse.

Dans cette forme les deux poumons présentent des granulations miliaires, blanchâtres, opaques, quelquefois jaunâtres, dures, éparpillées çà et là dans les différents lobes, mais plus ordinairement dans les lobes supérieurs. Ces *granulations* ont le volume d'un grain de millet, de chènevis, et acquièrent

ne celui d'un noyau de cerise. Alors il ne peut y avoir de doute sur la re du produit accidentel. C'est bien là du tubercule avec tous ses autres ctères. D'ailleurs, l'analyse microscopique permet de s'en assurer faci- ent.

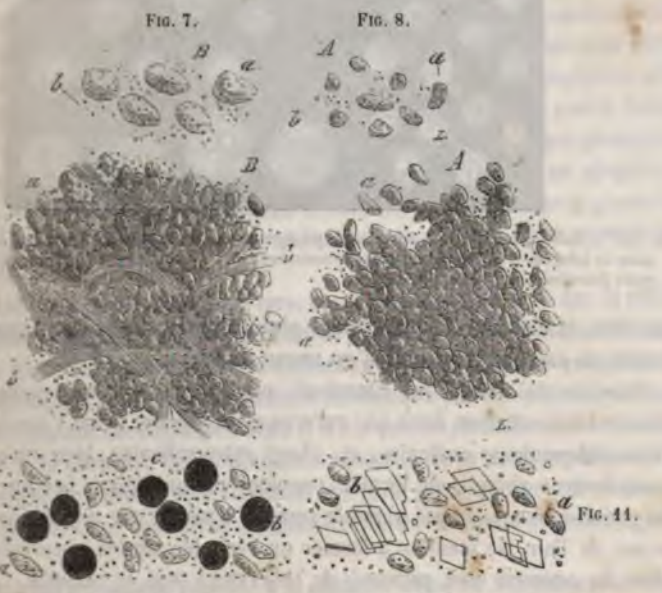


Fig. 7 *B*. — *a*, globules de tubercule à un grossissement de 600 diamètres ; *b*, granulations moléculaires.

. 8 *A*. — *a*, les mêmes à un grossissement de 400 diamètres ; *b*, granulations moléculaires.

.—Matière tuberculeuse vue dans son ensemble : *A*, matière tuberculeuse isolée ; *aa*, corpuscules : *B*, matière tuberculeuse entre les fibres pulmonaires ; *a*, corpuscules ; *b*, fibres pulmonaires.

. — Matière tuberculeuse mêlée de mélanose ; *a*, globules de tubercule ; *b*, globules mélaniques ; *c*, granules noirs.

.—Matière tuberculeuse crétacée : *a*, globules de tubercule ; *b*, cristaux de cholestérine. (Lebert.

. 12.—Tubercules : paquet de fibres pulmonaires rejetées par l'expectoration ; *a*, *a*, fibres pulmonaires ; *b*, *b*. corpuscules de pus. (Lebert.)

ubercules acquièrent bien rarement chez les nouveau-nés un volume sidérable que celui que j'ai indiqué ; rarement on les trouve ramollis ; t les poumons sont troués par des cavernes, ce qui modifie singulièrement

rement les symptômes de la maladie. Sur 36 enfants de 1 à 15 mois, ... avec des tubercules, je n'en ai vu que 3 qui eussent un commencement ...

FIG. 13. — Tubercules. Éléments microscopiques du contenu des cavernes : *a*, globules ... bules de tubercule ; *c*, cellules devenues granuleuses ; *d*, *d*, globules sanguins ; *e*, glob... ques ; granules moléculaires. (LEBERT.)

cavation, et c'étaient des cavernules plutôt que des cavernes. Aucun ... passait en capacité le volume d'un noyau de cerise.

Dans un cas observé par Cleveland, sur un enfant de sept mois, il ... dans le lobe inférieur droit une caverne assez grande, ayant l'aspect ... verne tuberculeuse ordinaire, et, chose extraordinaire, bien rare ... cette caverne remplie de liquide purulent communiquait par une ... du poumon avec la cavité pleurale remplie à moitié par un liquide ... et par de l'air, de manière à former un véritable *hydro-pneumothorax* ... reste du poumon était parsemé de tubercules crus et ramollis. Cet ... n'avait été reconnue qu'après la mort et par nécropsie. L'enfant était ... père mort de phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Autour des tubercules, comme autour des granulations fibro-plastiques ... tissu du poumon offre de nombreuses altérations, très variées suivant les ... et très variables en effet d'après l'intensité du travail phlegmasique qui ... chaque corps étranger. Le poumon présente des noyaux plus ou moins ... breux de pneumonie lobulaire ou au contraire une induration pseudo ... de pneumonie chronique, altérations que j'ai décrites précédemment ... lesquelles il est inutile de revenir.

Les ganglions bronchiques sont tous hypertrophiés et pour la plup... vertis en tubercules. Ce produit se retrouve encore ailleurs en divers p... l'économie sur tous les tissus, dans tous les viscères, sans en excepter ... veau. C'est alors que l'on voit bien que la tuberculisation est le résult... véritable diathèse intérieure, et il n'y a que chez les enfants où l'o... vérifier ainsi l'exactitude de cette grande loi morbifique.

La phthisie des jeunes enfants se présente sous deux formes distinct... est *aiguë* ou *chronique*.

Les symptômes de la phthisie aiguë sont très difficiles à saisir chez les ... l'enfants, elle se confond avec la pneumonie, dont elle n'est, à vr... qu'une variété connue sous le nom de *pneumonie granuleuse* et *tuberc*...

=ut, en effet, établi entre la phthisie aiguë des nouveau-nés et la pneu- = le même rapprochement qui existe déjà entre la méningite granuleuse méningite simple. C'est une vue que la clinique impose à la raison.

phthisie aiguë granuleuse ou tuberculeuse est très fréquente chez les s enfants, surtout à l'hôpital. Elle est beaucoup moins répandue dans les s fortunées de la ville. Partout elle est méconnue et passe pour être de eumonie lobulaire. En effet, les symptômes de ces deux maladies sont à rès les mêmes, et si les enfants succombent rapidement, c'est à l'autop- ulement qu'on reconnaît la présence des granulations fibro-plastiques et ubercules dans le poumon. En conséquence, je renvoie au chapitre des tés de la pneumonie lobulaire, à l'article de la *pneumonie granuleuse* 5), ce qui est relatif aux symptômes de la phthisie aiguë granuleuse et culeuse.

phthisie chronique est plus rare, si rare même qu'on a dit que la phthisie onaire, dans la véritable acception de ce mot, n'existait pas chez les jeunes ts. En effet, si par phthisie pulmonaire on veut entendre uniquement la mption qui résulte de l'excavation pulmonaire par les tubercules, comme t en parlant de l'homme, alors il n'y a pas de phthisie chez le nouveau- lais si la phthisie, dans l'acception moderne de ce mot, représente l'évo- n aiguë ou chronique d'accidents dus à la présence des tubercules pul- aires, alors, au contraire, la phthisie est très fréquente chez les jeunes nts.

phthisie chronique succède à la phthisie aiguë et à la pneumonie lobu- . Après le cortége obligé des phénomènes inflammatoires qui accompa- nt le catarrhe pulmonaire et la phlegmasie des poumons, l'enfant semble endre des forces et s'acheminer vers une guérison. Mais la convalescence rive pas, l'enfant languit et maigrit chaque jour, sa peau s'amincit, se ride vient terreuse, son visage se rétrécit et vieillit prématurément. La fièvre nsume d'une manière lente mais continue. Il tousse et n'expectore rien, ucus, ni pus, et encore moins du sang.

poitrine amaigrie laisse voir toutes les côtes. Elle résonne moins que de ume, et de la matité existe quelquefois au niveau des points du poumon s granulations et de véritables tubercules sont entourés de pneumonie nique. Des râles sibilant, muqueux et sous-crépitant, se font entendre eux côtés de la poitrine, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ou dans les côtés à la fois. Quelquefois du souffle existe en arrière au niveau des ches, et l'on pourrait se demander si c'est un souffle caverneux ou un le bronchique. Mais comme on sait que chez les jeunes enfants il n'y a le cavernes assez grandes pour produire ce phénomène, on est obligé de porter au retentissement bronchique par suite de la pneumonie chroni- u à une forte dilatation des bronches.

cri retentit plus ou moins, suivant le degré d'induration des poumons, nais il n'est plus fort que lorsqu'il existe un souffle bien prononcé.

Avec tous ces phénomènes qui trahissent un désordre matériel considérable dans le parenchyme pulmonaire, les enfants mangent volontiers, et il est même difficile de les contenir à cet égard. Ils digèrent bien; quelquefois la diarrhée survient et les épuise davantage, mais leur appétit n'en persiste pas moins et il faut leur donner des aliments, sous peine de voir des scènes de chagrin que les parents ne peuvent supporter. Le ventre se gonfle et contraste par son volume avec la maigreur des membres décharnés et flétris; la prostration augmente chaque jour davantage; l'exigence des enfants est extrême; il faut les tenir dans les bras; il faut les promener jour et nuit, et tout cela dure des semaines, des mois, et même plus d'une année.

Cependant, un jour ou l'autre, sans cause ni raison, la diarrhée s'établit pour ne plus cesser, la bouche se dépouille de son épithélium, du muguet survient, les forces baissent davantage, et l'enfant, comme une lampe près de s'éteindre, s'élève, s'abaisse, oscille, et enfin meurt dans le dernier état de faiblesse, de langueur et de marasme, ou au milieu de convulsions inattendues qui viennent brusquement terminer la vie.

Les poumons sont alors remplis de granulations grises et surtout de tubercules miliaires à l'état jaune de crudité. Çà et là existent des tubercules en voie de ramollissement, de petites cavernes solitaires ou multiples, et communiquant les unes avec les autres. On rencontre quelquefois d'anciennes cavernes cicatrisées avec de la mélanose (fig. 10) et des tubercules crétacés (fig. 11, p. 359). Cela est très rare. Autour de ces tubercules existe de la pneumonie lobulaire simple, de la pneumonie lobulaire avec infiltration de poussière tuberculeuse, et quelquefois de la pneumonie chronique.

Les plèvres sont couvertes d'un plus ou moins grand nombre de granulations fibro-plastiques, et l'on y trouve des fausses membranes qui font adhérer les lobes entre eux ou avec les parois costales.

Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et pour la plupart remplis de tubercules crus ou ramollis.

Des granulations grises et des tubercules miliaires jaunes, à l'état cru, se rencontrent aussi à la surface du péritoine, dans le foie, dans la rate et quelquefois dans l'intestin. C'est la conséquence de la diathèse tuberculeuse.

La phthisie aiguë doit être combattue, comme la pneumonie lobulaire aiguë, par les antiphlogistiques, une ou deux sangsues à plusieurs reprises, d'après l'état de résistance des enfants; par les révulsifs cutanés sur la poitrine, et par les vomitifs plusieurs fois répétés.

La phthisie chronique ne réclame en aucune façon l'emploi des émissions sanguines. Les vésicatoires volants sur le thorax, les frictions avec la pommade stibiée, les frictions avec l'huile de croton tiglium, sont infiniment plus utiles. On peut alterner dans l'emploi de ces moyens et y revenir plusieurs fois pendant la durée de la maladie.

A l'intérieur, des boissons pectorales, émollientes, des potions gommeuses, *des juleps unis* aux agents stupéfiants ou aux opiacés, le sirop de lactuca-

rium, le sirop de codéine, les loochs blancs doivent être donnés aux petits enfants, tant que le dégoût de ces médicaments n'est pas arrivé.

L'huile de foie de morue, à la dose de 15 à 50 grammes par jour, l'iodure de potassium dans un julep à 25 ou 50 centigrammes, le tartre stibié à la dose de 10 ou 15 centigrammes, le kermès à 20 ou 25 centigrammes dans les vingt-quatre heures, ont été administrés et peuvent l'être avec avantage.

Les complications de la maladie par le muguet, la diarrhée, les convulsions, doivent être combattues à l'aide des médicaments que j'ai proposés contre chacune de ces maladies.

CHAPITRE V.

DE LA COQUELUCHE.

La coqueluche est une maladie contagieuse, quelquefois épidémique, caractérisée par une toux convulsive, revenant par quintes plus ou moins fréquentes, entrecoupées d'inspirations bruyantes, sonores, et suivies de rejet de mucosités filantes puriformes. Comme on le voit, ces quintes ont un caractère particulier. Les secousses de toux se succèdent coup sur coup avec une grande rapidité, il s'y mêle des longues inspirations sonores, pénibles et bruyantes que l'on appelle des *reprises*, et elles se terminent par une expectoration caractéristique.

Historique.

Le mot de *coqueluche* n'a pas toujours eu la signification que les médecins lui donnent aujourd'hui ; au XVe siècle, on désigna sous ce nom une espèce de catarrhe épidémique, dont Mézeray, de Thou et Étienne Pasquier font mention dans leurs ouvrages. L'une de ces épidémies, décrite par Valleriola, n'offre même aucune ressemblance avec la maladie, telle qu'on l'observe de nos jours, et se rapporterait plutôt à la *grippe*. Sans insister sur cette question historique que je ne puis résoudre dans ce livre, je me bornerai à constater que les médecins grecs et arabes ne font aucune mention de la coqueluche. C'est donc bien à tort que certains auteurs ont prétendu reconnaître cette maladie dans un passage des *Épidémies* d'Hippocrate, où il est tout simplement question d'une épidémie de maux de gorge, qui se compliquait souvent de l'inflammation du larynx.

Willis est peut-être le premier qui, sous la dénomination de *tussis puerorum convulsiva, suffocativa*, paraisse avoir réellement désigné l'affection que nous nous proposons d'étudier.

Ce n'est qu'à compter du XVIIIe siècle qu'on a décrit la coqueluche comme une maladie distincte, et qu'elle a été dénommée *pertussis* (Sydenham), *tussis clangesa* (Basseville), *bes convulsion* (Good), *bronchitis convulsion* (Bourdet), affection *pneumo-gastro-pituiteuse* (Tourtelle), *broncho-céphalite* (Des-

ruelles), *catarrhe convulsif* (Laennec), *tussis spasmodica*, *strangulatio*, *thopnéa*, etc. (différents auteurs).

L'étymologie du mot généralement adopté est assez incertaine; les la font dériver de coqueluchon, sorte de capuce dont on se couvrait lors épidémies de 1414, 1519, 1557, etc.; d'autres veulent qu'elle provienne l'usage abondant que l'on faisait de la fleur de coquelicot dans le trai de cette affection. Pour certains auteurs, cette dénomination est due à ce pendant les quintes, la respiration sonore imite le chant du coq. Enfin, vant Cabanis, le nom viendrait de ce que la maladie épidémique de 1 1519, 1557, etc., tenant du rhumatisme, occupait les muscles du cou, dos et des épaules en manière de coqueluchon.

Causes.

La coqueluche se rencontre presque exclusivement chez les enfants, de la naissance jusqu'à la seconde dentition; toutefois les adolescents, les et même les vieillards en sont aussi atteints. Cela est beaucoup plus M. Rilliet dit l'avoir observée sur un enfant nouveau-né dont la mère atteinte, depuis un mois avant ses couches, mais elle est rare dans les miers temps de la vie. Ainsi sur trente-trois enfants atteints de cette ladie, et âgés de moins de deux ans, six avaient moins de deux mois, et n'avaient qu'un mois. C'est ordinairement de deux à sept ans qu'on serve. Elle peut se manifester chez l'adulte, et dans ces cas, il n'est pas de voir la maladie résulter de la contagion et être transmise aux parents leurs enfants.

Les filles paraissent plus disposées à contracter la coqueluche que les çons. Sur les 33 observations dont je viens de parler, 21 sont relatives à filles, et 12 à des garçons. Ce résultat est en rapport avec celui qui est qué par tous les auteurs.

Les sujets lymphatiques et nerveux sont plus spécialement exposés à tracter cette maladie, qui règne à la fois dans toutes les classes de la so Elle se développe de préférence chez les enfants qui vivent dans de mau conditions hygiéniques, qui habitent des lieux sombres, humides, insal et surtout chez ceux qui sont pauvres et qui n'ont pas le moyen de se ni de s'abriter convenablement contre les rigueurs de la température.

Cette maladie se montre presque indifféremment dans tous les tem l'année et dans les climats les plus opposés. Cependant Watt affirme q est plus fréquente et plus grave dans les régions septentrionales; Pénada tend, au contraire, que, dans les pays méridionaux de la France et de l'I ses retours sont plus fréquents et ses conséquences plus terribles. A Par l'observe dans toutes les saisons, mais peut-être un peu plus souvent au temps et en automne.

Notons enfin, d'après Ozanam, que la coqueluche ne se montre jamais en

les tropiques, et qu'elle ne paraît guère être soumise aux variations atmos-
ériques.

Épidémies. — Tous les auteurs s'accordent à regarder la coqueluche comme
maladie épidémique. On la voit envahir un hameau, une ville, une con-
tout entière, et frapper, soit tous les habitants indistinctement, soit plu-
les enfants. Il est impossible d'apprécier les causes de son apparition et de
disparition. Le retour de ces épidémies n'est point régulier ; leur durée est
si très variable, et tantôt la nature et l'intensité des symptômes sont formi-
les, tantôt, au contraire, la maladie est très bénigne. D'ailleurs, aujour-
hui, les épidémies de coqueluche paraissent avoir beaucoup perdu de leur
vité. Je parle surtout ici de celles qui se développent dans les hôpitaux de
fance, où les résultats désastreux que l'on observe sont dus bien plutôt aux
uvaises conditions hygiéniques et aux maladies qui compliquent la coque-
he, qu'à la coqueluche elle-même.

Contagion. — Stoll, Laennec, Ozanam, Billard, ont bien à tort nié la nature
tagieuse de la coqueluche : cette maladie se transmet avec une grande
lité d'un enfant à un autre et même à de grandes personnes. Comment
père la contagion? C'est ce qu'on ne peut dire. Toutefois, si les explications
nquent, les faits sont là, il est impossible de les récuser. La coqueluche se
smet de même qu'un grand nombre d'affections nerveuses, de même que
hoquet, de même que le vomissement, les attaques hystériques, etc. C'est
fait parfaitement démontré et que je veux établir de nouveau, car cette
estion est fort importante au point de vue de la prophylaxie. — M. Ros-
n (1) raconte l'histoire d'un enfant qui, à la campagne, contracta la coque-
he en jouant avec les enfants du jardinier, qui étaient eux-mêmes atteints
cette maladie. Cet enfant transmit successivement la coqueluche à son frère
à sa sœur. La mère, qui jouait souvent avec cette dernière, fut également
einte; enfin, le père et tous les domestiques, qui avaient des relations
ec ces enfants, en furent affectés. Dans la maison et autour de la maison,
enfants et les personnes qui ne communiquaient pas avec les malades furent
empts de la maladie. « J'ai vu, dit A. Dugès (2), une petite fille atteinte de
coqueluche, la communiquer à une cousine en bas âge chez laquelle on la
nduisait de temps en temps, quoiqu'elles habitassent deux quartiers fort
ignés, et que la coqueluche ne régnât nullement dans celui que la dernière
vait pas quitté. »

D'autres exemples ne peuvent pas laisser de doute au sujet de la contagion.
n ai recueilli un certain nombre et en particulier un qui me semble très
ix et très intéressant. Une femme accouchée chez elle dans les premiers
l'août 1843 fut visitée par une de ses parentes habitant un quartier tout
pposé dans Paris. On lui amena un de ses neveux, atteint de la coque-
depuis un mois ; cet enfant resta toute la journée auprès de la nouvelle

) *Cours de médecine clinique.*

) *Dictionn. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. V, p. 487.

accouchée, et deux jours après cette visite, c'est-à-dire le quatrième la naissance, le nouveau-né commençait à tousser, huit jours après, il coqueluche. La mère et son enfant entrèrent à l'hôpital Necker, où no pu constater l'existence de cette maladie. L'enfant avait jusqu'à vingt de toux dans les vingt-quatre heures. Je me suis informé près de s pour savoir s'il n'y avait pas d'autres enfants atteints de coqueluche maison qu'elle habitait; elle m'a répondu négativement. C'est don contagion qui est la cause de ce cas de coqueluche.

De quelle nature est le principe contagieux? Hœnssler pense qu'i milieu entre les principes contagieux fixes et ceux qui sont volatils; lui, le principe ne paraît s'exhaler et se communiquer que dans la i période de la maladie. Guersant a dit que, pour que la transmissio gieuse eût lieu, il fallait que les enfants fussent assez près les uns d pour qu'ils pussent recevoir les émanations de leur haleine. Certains par les auteurs, et celui que nous rapportons plus haut, semblent pr cette circonstance n'est pas indispensable. Si l'on en croit Rosen, la pourrait être transmise par les vêtements d'une personne en allant d son dans une autre; il cite un fait qui tend à prouver qu'il aurait transporté le principe contagieux d'une maison dans une autre. C'est douteux. Ordinairement, cinq à six jours après qu'on s'est exposé tion, la toux catarrhale commence à se manifester; dans le cas rapportons, la toux est apparue dès le troisième jour de l'infectio cité par M. Blache (1), et propre à un des enfants du docteur prouve aussi que la coqueluche n'a pas besoin de cinq ou six jou bation pour se développer.

Anatomie pathologique.

Comme la coqueluche seule ne produit jamais la mort, et que c complications de bronchite capillaire, de pneumonie, etc., qui l'acc qui en sont toujours la cause, il est assez difficile, dans les autopsie les lésions appartenant à la coqueluche de celles qui résultent des tions de la maladie. Je vais essayer cependant d'établir nettement cet tion.

État des voies aériennes et des poumons. — L'arrière-gorge et l sont ordinairement rouges et gonflés avec tuméfaction des amygdale mité inférieure de la trachée-artère et les bronches présentent gén de la rougeur inflammatoire partiellement ou dans toute leur étendu fois cette lésion n'est pas constante, et il serait faux de penser qu'il cette inflammation et la coqueluche un rapport de cause à effet. Les sont remplies d'une matière visqueuse, demi-transparente; ou d' muqueux et aéré, plus ou moins adhérent qui ferme leur conduit. I

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, p. 21, article COQUELUCHE.

ble que cette altération de sécrétion joue un grand rôle dans la dyspnée et dans la production des quintes de toux convulsive.

Les poumons sont congestionnés, quelquefois emphysémateux, offrant de l'emphysème vésiculaire ou inter-vésiculaire. Leur tissu peut cependant rester sain, mou, spongieux, trop gros pour la capacité du thorax et se présenter au dehors à l'ouverture de la poitrine. J'ai vu un cas de ce genre sur un enfant mort de coqueluche avec catarrhe suffocant. Les bronches étaient remplies de muco-pus très adhérent aux parois, et le tissu des poumons, peu congestionné, était souple dans presque toute son étendue, généralement pâle, mou comme une éponge, non crépitant et n'ayant que quelques plaques d'*atalectasie*, ce qu'on a aussi appelé de l'état fœtal.

L'inflammation du tissu pulmonaire s'observe aussi fréquemment que les altérations des bronches signalées plus haut, et on le comprendra en se rappelant combien la pneumonie est une complication commune pendant la coqueluche. Ces deux altérations coexistent quelquefois en même temps. On trouve alors les ganglions bronchiques gonflés, rouges et même ramollis. Il n'est pas rare de rencontrer des tubercules dans ces organes et dans les poumons.

Dilatation des bronches. — Lorsque la mort a lieu à une époque avancée de la maladie, on observe assez fréquemment la dilatation des bronches, et on peut la regarder comme un effet physique des violents efforts d'expectoration auxquels le malade se livre pendant les quintes si prolongées de la toux. Guerrant pense que cette altération est due à une organisation primitive. Cette opinion me paraît peu probable, surtout quand je pense que non-seulement on peut observer la dilatation des bronches, mais encore des crevasses dans les conduits aériens et en même temps de l'emphysème pulmonaire. Cette lésion doit être regardée comme appartenant en propre à la coqueluche.

État des nerfs. — La rougeur des nerfs vagues n'a pas été observée assez souvent pour qu'on puisse regarder cet état pathologique comme résultant de la coqueluche ; d'ailleurs, les sujets qui ont offert cette lésion étaient lymphatiques et scrofuleux, et si M. Breschet a observé deux fois l'inflammation des pneumo-gastriques, on peut croire à une coïncidence.

État de la langue. — Braun, Bruck, Zitterland, Lersch et Schmith, ont indiqué, chose que j'ai vue bien souvent mais non toujours, une petite ulcération linéaire ou ovalaire à fond grisâtre, perpendiculaire au frein de la langue, placée auprès de lui et qui est la conséquence d'un déchirement de la langue sur l'arcade dentaire inférieure pendant les secousses de la toux. Dans un cas j'ai vu cette ulcération assez profonde pour mettre à nu le nerf hypoglosse.

État des autres organes. — Chez certains enfants qui succombent avec la coqueluche, on rencontre une injection plus ou moins prononcée des vaisseaux des méninges du cerveau, et quelquefois une inflammation de ces organes.

Les lésions de l'estomac et des intestins ne s'observent pour ainsi dire qu'exceptionnellement, et sont toujours dues à des complications ou purement acci-

dentelles, ou dépendant, et c'est le plus rare, de la coqueluche. E
on comprend que le nombre et l'intensité des quintes puissent quel
troubler les digestions et amener consécutivement une maladie des org
la nutrition.

Complications organiques et accidents de la coqueluche. — La br
simple et la bronchite capillaire ou catarrhe suffocant, la pneumonie e
berculisation pulmonaire sont les complications, sans contredit, les pl
quentes et celles qui semblent se lier immédiatement à la coquelu
pneumonie lobulaire, si commune chez les enfants à la mamelle, peut,
titre, être regardée comme la cause de l'issue fatale de la coqueluche
plupart des cas de mort. Chez les enfants prédisposés par leur généal
tuberculisation est la conséquence très ordinaire de la coqueluche. I
hôpitaux consacrés aux enfants, on rencontre souvent comme compl
de cette maladie la pneumonie tuberculeuse, les tubercules pulmonaire
quefois des méningites, des entérites, rarement des affections de l'e
Souvent aussi on a rencontré de l'emphysème pulmonaire. Certains
tombent dans un état cachectique très prononcé, avec œdème des j
chez d'autres, mais ce n'est que fortuitement, surviennent des hémor
assez graves pour causer la mort. Je n'ai observé que deux fois le croup
complication de la coqueluche.

Symptômes.

La coqueluche débute quelquefois d'emblée par une toux sèche con
mais cela est très rare. Elle a ordinairement une évolution analogue
des fièvres éruptives et se développe par périodes bien déterminées d'a
caractérisées par des symptômes particuliers et constants. Elle offre tr
riodes distinctes qu'on observe chez la plupart des malades, et qu'on d
sous les noms de période *catarrhale*, de période *convulsive* et de pér
déclin.

Première période (période catarrhale, bronchique ou inflammatoire:
coqueluche est presque toujours une affection *primitive* chez les e
mais elle est quelquefois *secondaire* et se déclare pendant le cours ou
la convalescence des maladies propres à l'enfance, telles que la roug
scarlatine, la variole et la varicelle. Elle débute ordinairement sous l'app
d'un simple rhume ou catarrhe bronchique, et c'est à cette circonstan
la première période doit d'avoir été appelée catarrhale, bronchique et i
mat L'enfant offre des alternatives de chaleur et de froid; il est u
triste, abattu et assoupi; ses yeux sont rouges et larmoyants; la face est
fie; il y a des éternuments comme dans le coryza; la toux est sèche, p
moins fréquente, et revient volontiers par quintes, mais *sans reprise;* l
légèrement enrouée et il y a une rougeur assez vive des amygdales
ynx; la fièvre est peu marquée et ne se montre que le soir, ou bie
s e forte et se reproduit quelquefois sous le type tierce ou quotidi

il est troublé et l'appétit nul ou à peu près nul. On comprend que tous
nptômes peuvent offrir plus ou moins d'intensité.
pourrait encore, à cette période, croire à l'invasion d'une rougeole ou
lque autre fièvre éruptive, et l'erreur est facile à commettre pendant les
u trois premiers jours de la maladie ; mais cette période se prolonge de
dix ou quinze jours, et l'on arrive bientôt au diagnostic de la coque-
Les cas où l'on a vu cette période durer un mois ou six semaines sont
res et à coup sûr exceptionnels. Le catarrhe initial qui signale le début
coqueluche n'a malheureusement rien dans son expression symptomati-
ui le distingue des autres catarrhes ; sa nature est différente sans aucun
mais il est impossible de s'en apercevoir immédiatement, et ce n'est
moment de la seconde période que le diagnostic de la maladie peut être

uxième période (période convulsive, spasmodique, nerveuse). — La
rimitivement catarrhale de la première période change de caractère, elle
nt convulsive et prend peu à peu le caractère spécial de *toux quinteuse*
'ai parlé dans ma définition de la coqueluche. Elle est d'abord sèche, con-
le, bruyante, bien différente de la toux du catarrhe et de la coqueluche :
e qu'on appelle la toux *férine*, elle est si fréquente que les enfants ont
e le temps de teter. Elle dure ainsi pendant quelques jours, et les véri-
quintes de coqueluche apparaissent. Dans certains cas, cependant, la
le de toux convulsive, caractéristique, se montre d'emblée et sans toux
préalable.
ns cette période, les quintes plus longues, plus rapprochées que dans la
de catarrhale, sont un peu plus fréquentes pendant la nuit que pendant
ir. Elles sont caractérisées par de nombreux efforts successifs de toux,
s d'une inspiration bruyante appelée *reprise*, après laquelle viennent de
eaux efforts de toux et une nouvelle inspiration sifflante, ou *reprise*, ce
e répète jusqu'à la suffocation, l'épuisement et la pâmoison des malades ;
mbent abattus, crachent quelques matières glaireuses, filantes, épaisses,
ormes, plus ou moins abondantes et qui ont de la peine à sortir de la cavité
le ; ils *vomissent quelquefois*, surtout si la quinte arrive après le repas et
ils rejettent leurs aliments, et ils restent quelques instants étendus, as-
, presque sans connaissance.
fond de la gorge est toujours un peu rouge, la luette, les amygdales sont
ées, et il est évident qu'il y a dans toutes ces parties un état inflammatoire
muqueuse très caractérisé.
sque la coqueluche est bien établie, les petits enfants semblent pressen-
rrivée de leur accès de toux convulsive, et ils en témoignent par des
ements d'inspiration et d'expiration visiblement accélérés, irréguliers et
plets ; ils paraissent comme saisis d'effroi, et se mettent quelquefois à
er. Au moment où la quinte survient, ils s'accrochent pour ainsi dire aux
nnes et aux corps qui les environnent comme pour fuir un danger ; mais

aussitôt les secousses de toux se succèdent coup sur coup, presque sans intervalle, et à ce point que l'inspiration est impossible, et la suffocation menaçante imminente. La face se gonfle, devient rouge, violette même, les yeux [illegible] et saillants hors de l'orbite. On voit battre avec force les artères [illegible] les veines du cou sont distendues et tous les capillaires injectés. Il n'est rare, pendant les quintes, de voir le sang jaillir par le nez, par la bouche, par les oreilles. J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie une enfant de dix-[illegible] demi qui rendait tous les jours une cuillerée de sang par par la bouche au moment de chaque quinte, de manière à colorer très fortement l'expectoration muqueuse qui lui succédait immédiatement. Ce sang venait de l'amygdale, s'échappait pur au dehors et les mucosités bronchiques sortaient blanchâtres, glaireuses, filantes, comme elles sont ordinairement après les quintes de coqueluche. Quelquefois du sang s'épanche dans la conjonctive, dans le tissu cellulaire des paupières. J'ai même observé un enfant dont l'enfant versait *des larmes sanglantes*. Ces hémorrhagies sont quelquefois dangereuses et peuvent par leur abondance compromettre la vie de l'enfant.

Il est des médecins qui prétendent avoir observé des hématémèses dans la coqueluche, nous les croyons dans l'erreur; les vomissements et les crachats ensanglantés que l'on rencontre ne doivent leur coloration qu'au sang épanché dans la gorge pendant les épistaxis si fréquentes dans cette maladie, ou dans l'arrière-bouche au moment des quintes.

Pendant les quintes, le petit malade a les membres contractés; son corps et surtout le cou, les épaules, la tête et la face, sont couverts d'une sueur froide abondante; des vomissements ont lieu, et quelquefois l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement. On a observé, rarement, [illegible] des prolapsus de rectum et la formation ou la réapparition des hernies.

Le pouls est petit, concentré, misérable même, et l'état convulsif, qui est spécial aux organes respiratoires, peut se généraliser et donner lieu à de véritables convulsions.

Les secousses de toux sont, comme je l'ai dit, suivies d'une inspiration sifflante et caractéristique, comparable au chant du coq et qui a le nom de *reprise*. A cette inspiration succèdent de nouvelles secousses accompagnées des mêmes phénomènes. On observe ainsi deux, trois, ou cinq *reprises*, et la quinte se termine par l'expectoration d'un liquide visqueux, filant, incolore, quelquefois mélangé aux matières muqueuses alimentaires contenues dans l'estomac et qui sont rejetées par le vomissement.

L'accès peut être constitué par une seule quinte et une seule reprise; alors il ne dure qu'une minute au plus; ordinairement sa durée est de cinq minutes, il se prolonge quelquefois pendant un quart d'heure. Elles se succèdent toutes les six ou dix minutes environ; le plus souvent elles ne reviennent que toutes les heures, toutes les deux heures, et même beaucoup moins souvent. Le retour des quintes peut être régulier ou irrégulier, reconnaître une cause apparente ou cachée; l'impression du froid

eurs, une douleur, un chagrin, la distension de l'estomac, l'accumulation ucus dans les bronches, l'inspiration d'un air trop sec ou chargé de ma- pulvérulentes, rappellent les accès de toux. Les quintes, malgré ce qu'en Laennec, sont plus fréquentes la nuit que le jour, et le matin et le soir ans le milieu de la journée, circonstance qui rapproche encore la coque- des névroses.

ose curieuse, dans cette période comme dans la dyspnée et l'asthme chez dultes, les troubles de la respiration de la coqueluche entraînent une surie plus ou moins prononcée. M. Gibb l'a observée sur presque tous les s atteints de cette maladie.

est une chose à remarquer, c'est que plusieurs enfants atteints de coque- e étant rassemblés dans un même lieu, si l'un vient à tousser, les autres ardent pas à tousser aussi. Plusieurs fois, en effet, il m'a été impossible de er dans la salle de ces petits enfants, tant le bruit qui accompagnait leurs nts de toux était pénible à entendre.

Après l'accès, la face et le cou restent momentanément gonflés, les yeux ffis, la respiration et le pouls sont accélérés, et les membres sont quelque- agités d'une sorte de tremblement convulsif. J'ai vu beaucoup d'enfants, sitôt après l'accès terminé, se mettre à pleurer. Ces phénomènes sont lleurs de courte durée, et si les quintes sont légères, on voit les enfants ouvrer leur gaieté, reprendre le sein de leur nourrice, ou promptement endormir. Si les enfants sont plus âgés, ils se mettent à jouer comme s'ils aient pas toussé.

ans l'intervalle des quintes, il n'y a que peu ou point de fièvre, et l'enfant serve son appétit, sa gaieté et ses forces, même quand les accès sont fré- nts ; cependant, si les quintes sont très rapprochées, l'enfant paraît pâle, bli, et d'une tristesse remarquable.

'auscultation, pendant la quinte, permet de reconnaître l'ébranlement im- né au tronc, et l'on perçoit un peu de rhonchus ou de bruit respiratoire les très courts intervalles qui existent entre les saccades expulsives de la . L'inspiration sifflante et prolongée, qui est pathognomonique de la ate, paraît se passer dans le larynx, et pourrait être due, comme on l'a au resserrement spasmodique de la glotte. L'air pénètre ensuite dans les ches, et la respiration redevient puérile chez les enfants. C'est Laennec le premier, a constaté ces faits, et ils ont été depuis pleinement confirmés tous les médecins.

n fait curieux dans les coqueluches très caractérisées, c'est la présence du frein de la langue d'une vésicule jaunâtre formée par l'épiderme ssi et mortifié, et donnant lieu, sans écoulement de liquide, à une ulcé- on grise lardacée qui se guérit à la décroissance de la maladie. — Il y a chose de vrai dans cette observation de Braun, Bruck, Zitterland, et Schmidt. En effet il existe chez un grand nombre d'enfants atteints eluche une ulcération linéaire ou ovale perpendiculaire au frein de la

langue ou placée à la base de la langue dans le voisinage du frein, mais ce n'est pas un phénomène constant : sur 109 enfants atteints de coqueluche je l'ai rencontré soixante fois. Lersch qui considère ces ulcérations comme des pustules ulcérées, les compare aux pustules sublinguales de l'hydrophobie rabique, et ce qui permet ce rapprochement c'est la cause essentielle, générale, épidémique de la coqueluche. Schmitt, au contraire, à cause de l'inconstance du phénomène autant que par une induction naturelle, explique sa formation d'une manière toute mécanique. Il pense, non sans une grande apparence de raison, que l'ulcération est produite mécaniquement dans les secousses convulsives de la toux, par les mouvements de la langue en avant, lorsqu'elle vient se frotter et se déchirer sur l'arcade dentaire inférieure. Cela est si juste que chez un enfant atteint de coqueluche et chez lequel manquaient les deux incisives médianes inférieures, il y avait deux ulcérations à la face inférieure de la langue correspondant à chacune des incisives inférieures latérales. — Chez un autre, une incisive latérale inférieure saillante et mal placée donnait lieu à une ulcération latérale, et sur un troisième il y avait une ulcération à l'extrémité de la langue, sur la face supérieure correspondant à une incisive supérieure mal placée et très aiguë.

La seconde période de la coqueluche n'a pas de durée fixe, elle peut se prolonger pendant plusieurs mois; toutefois elle se termine le plus ordinairement après quinze ou vingt jours.

Troisième période (période de déclin). — Dans cette dernière période les quintes perdent successivement de leur fréquence, de leur intensité ; les secousses de toux deviennent moins violentes et reprennent leur caractère de toux bronchique ordinaire. En même temps les ulcérations du frein guérissent; les inspirations sont plus faciles, et le sifflement sonore qui les accompagne s'affaiblit peu à peu avant de disparaître entièrement. Les vomissements consécutifs aux accès de toux cessent; on n'observe plus après la quinte qu'une expectoration de mucosités opaques, jaunâtres ou verdâtres, analogues aux crachats qui caractérisent la période de coction de la bronchite.

La coqueluche reprend donc à son déclin les symptômes de la dernière période de la bronchite. Cependant une cause un peu plus active, telle qu'une peur, une douleur vive, la colère, etc., peut ramener un accès de toux convulsive en tout semblable à ceux de la seconde période, alors même que l'enfant paraissait débarrassé, depuis quinze jours ou un mois, de toute quinte. La troisième période ne paraît pas durer moins de huit ou dix jours, ni se prolonger au delà de plusieurs mois.

Marche, durée, terminaisons

La marche de la coqueluche n'est pas toujours simple et régulière. Cette affection offre de nombreuses variétés, soit dans son intensité, soit dans le *retour* des accès qui, dans certains cas, se régularisent et prennent le type

intermittent. Les quintes sont quelquefois si longues et si violentes que chez les très jeunes enfants elles peuvent causer des convulsions mortelles.

L'âge modifie encore la marche de la coqueluche, et chez les enfants à la mamelle cette affection est plus souvent compliquée de la phlegmasie pulmonaire qu'à toute autre époque de l'enfance ; cette remarque est surtout applicable aux cas de coqueluche sporadique.

Pendant les épidémies, cette affection offre souvent des formes singulières. Tantôt la première période, dite *période catarrhale*, manque absolument; tantôt, au contraire, c'est la période de déclin ; ailleurs il n'existe pas de période convulsive, et l'on observe des enfants qui, dans ces circonstances épidémiques, ont un catarrhe violent avec *toux férine* ou avec quintes assez fortes, mais sans reprise : ils ont le catarrhe spécifique de la coqueluche sans en avoir les accès convulsifs. Je reviendrai sur ce sujet à propos du traitement de la maladie.

La durée de la coqueluche est difficile à préciser : elle varie entre quelques jours et plusieurs mois ; elle se prolonge quelquefois pendant cinq et six mois ; on l'a vue se prolonger pendant deux ans.

Le retour à la santé est la terminaison la plus commune de la coqueluche; mais il n'est pas très rare, quand la maladie dure longtemps, de voir les enfants maigrir, tomber dans une grande faiblesse et arriver à une espèce de marasme presque toujours funeste. Cette terminaison doit être imputée à la fréquence des vomissements, à un catarrhe pulmonaire et à une pneumonie chroniques, ou enfin à des tubercules pulmonaires, ce qui est le cas le plus ordinaire. On a observé des convulsions, des hémorrhagies sur les muqueuses, des congestions cérébrales, des apoplexies du cerveau et des méninges, la formation des hernies inguinales, ombilicales, etc., par suite des efforts violents auxquels se livre l'enfant pendant les quintes.

En parlant de l'anatomie pathologique, nous avons aussi indiqué la dilatation des bronches et l'emphysème comme conséquences de la toux convulsive. Mais tous ces accidents ne se présentent qu'exceptionnellement, et la mort, quand elle arrive, est le résultat d'une affection intercurrente, à moins qu'elle n'ait lieu par suffocation, ce qui n'a été que très rarement observé. Lancisi, Blaud, Rilliet en ont signalé quelques rares exemples.

Les auteurs qui ont prétendu que la coqueluche pouvait être jugée par une crise, n'en ont point rapporté d'observations bien authentiques ; je n'attache aucune importance à leur assertion et je reste dans le doute à cet égard. Cette affection entraîne souvent la production de hernies, de chutes du rectum, d'emphysème des poumons, d'hémorrhagies sous-cutanées, d'épistaxis, de vomissements, de convulsions, d'ulcérations sublinguales etc., qui dépendent directement de la maladie. Elle produit une glycosurie prononcée comme dans tous les cas d'asthme et d'asphyxie signalés par M. Reynoso (1) et d'après M. Gibb, la glycosurie existe dans tous les cas de coqueluche, seulement chez quelques malades sa proportion est très peu considérable.

(1) *The Lancet, 1858.*

Récidives de la coqueluche.

La question des récidives de la coqueluche n'est point encore résolue. M. Trousseau parle (1) de trois enfants qui furent repris de toux conv soit après deux mois, soit après trois mois de guérison complète ; mais demande si ce sont là de véritables récidives, ou tout simplement des rech Ce professeur, n'osant pas trancher la difficulté, reste dans le doute, précise pas à quelle époque il est permis de considérer la coqueluche c définitivement guérie, ni après combien de temps on peut dire que la m que l'on observe est une seconde attaque.

La plupart des auteurs ne font mention des récidives de la coqueluch pour les récuser. Quelques-uns cependant les admettent ; car des faits a quoiqu'en petit nombre, prouvent que cette maladie peut se déclarer fois chez le même individu. On s'accorde d'ailleurs pour reconnaître qu la guérison de la coqueluche, les enfants peuvent encore, pendant qu temps, avoir des quintes caractéristiques de cette affection, sous l'infl d'une impression morale, de la colère ou de toute excitation nerveuse u vive. On voit, chez certains enfants, la coqueluche s'arrêter subitem reparaître au bout de quinze ou vingt jours. J'ai observé un cas de ce

Diagnostic.

Le diagnostic de la coqueluche est facile à établir, d'après les cara spéciaux que présente la toux de la période convulsive. La *reprise* en efforts de toux, c'est-à-dire entre les quintes, n'appartient qu'à la coque et nous doutons qu'il puisse y avoir de coqueluche sans la reprise ca ristique de la toux. Les exemples de cette maladie, avec toux quinteu reprise, appartiennent à la bronchite ; et dire qu'il y a des coqueluche reprise, comme il y a des scarlatines sans exanthème, c'est assurément v forcer l'analogie.

Cette forme de coqueluche, admise par quelques auteurs, ne s'o qu'au milieu des circonstances épidémiques.

On ne peut guère confondre la coqueluche qu'avec une variété de chite, dans laquelle la toux se reproduit également par quintes pénible ou moins rapprochées. Mais dans cette variété de bronchite, la toux dif celle de la coqueluche, et n'a point la *reprise bruyante* et *sonore* de l' ration ; le mouvement fébrile est bien caractérisé, ce qui n'a lieu qu rarement dans la coqueluche ; il n'y a pas de *vomissements* à la suite quinte, et l'*expectoration* est à peu près nulle.

C'est d'ailleurs un fait bien curieux que cette absence d'expectoratio

) *Mémoire sur la coqueluche* (*Journal de médecine*, janvier, 1843).

le catarrhe des jeunes enfants, et Constant (1) a eu raison d'insister sur ce caractère, qui doit servir au diagnostic de la coqueluche des enfants à la mamelle. En effet, cette maladie de la première enfance est à peu près *la seule* dans laquelle on observe une expectoration abondante.

Il faut aussi distinguer dans la coqueluche les trois variétés suivantes qui caractérisent suffisamment la présence de quelques-uns des symptômes spéciaux dont je vais parler :

1° La coqueluche inflammatoire ou sthénique. On la reconnaît à la fièvre intense, à la coloration de la face, à la chaleur de la peau et à la soif vive; les hémorrhagies sont fréquentes et la maladie suit une marche franchement aiguë.

2° La coqueluche muqueuse ou catarrhale qui présente un appareil fébrile à peine développé ; il y a des signes d'embarras gastrique et intestinal ; anorexie, langue jaunâtre ; vomissements fréquents et abondants de matières muqueuses ou bilieuses.

3° Enfin dans la coqueluche nerveuse ou spasmodique, les phénomènes de la période convulsive sont portés au plus haut degré.

Nature de la coqueluche.

La synonymie de la coqueluche traduit assez bien les hypothèses nombreuses qu'on a émises sur la nature de cette maladie et que je ne puis qu'énumérer, sans entrer dans tous les détails d'un examen approfondi. M. Desruelles (2) pense que la coqueluche est une bronchite compliquée d'irritation encéphalique. Quelques médecins regardent la bronchite et la coqueluche comme deux affections identiques ; d'autres admettent que la coqueluche n'est qu'une variété du catarrhe, tandis que Guersant pense que c'est une inflammation spécifique des bronches avec lésion de l'innervation dans l'appareil pulmonaire. C'est là mon opinion. Il est de toute évidence que la coqueluche est une affection catarrhale et convulsive en même temps, dont l'évolution, la marche et le caractère contagieux attestent la spécificité. M. Blache (3) et beaucoup d'autres veulent que la coqueluche soit une névrose dont le siége est à la fois dans la membrane muqueuse des bronches et dans le nerf vague, névrose très souvent compliquée de bronchite et de pneumonie, mais pouvant exister sans ces complications ; et comme toutes les névroses, la coqueluche n'a pas de caractère anatomique appréciable. Tout récemment, à l'exemple de Frank, Neumann, Rokytansky, Volz, Sée, comparant la coqueluche et la rougeole, et trouvant à l'une et à l'autre : 1° une période de préparation de cinq à huit jours ; 2° un catarrhe initial prodromique ; 3° un siége commun, la muqueuse pulmonaire, avec toux semblable dite férine ; 4° de la fièvre ; 5° des

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 532.
(2) *Traité de la coqueluche*. Paris, 1827, in-8°.
(3) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, p. 46.

pneumonies lobulaires possibles; 6° de la tendance aux hémorrhagies et à la diarrhée; 7° de la tendance à la production des tubercules pulmonaires et des catarrhes chroniques des bronches, conclurent que ces deux maladies étaient analogues dans leur nature intime. Il est vrai que l'éruption rubéolique s'oppose à ce rapprochement étiologique de la rougeole et de la coqueluche, mais l'auteur tranche la difficulté en disant qu'il y a des rougeoles sans éruption, et que l'éruption n'étant pas absolument nécessaire pour caractériser la maladie, l'analogie des deux affections n'en subsiste pas moins. C'est là un mauvais argument en faveur d'une bien mauvaise cause. Oui, sans doute, la coqueluche et la rougeole se ressemblent comme toutes les maladies spécifiques contagieuses, mais c'est là tout ce qu'elles ont de commun, et vouloir aller au-delà de ce rapprochement, c'est abandonner le terrain de l'expérience réelle pour entrer dans le domaine des fictions.

Influence des maladies intercurrentes sur la coqueluche.

Depuis longtemps on a reconnu que la fièvre d'invasion de la variole faisait cesser la coqueluche; mais les auteurs n'ont point formulé d'une manière aussi explicite l'influence d'un état fébrile intercurrent sur la diminution et sur la suspension de la coqueluche. M. Trousseau (1) a fixé l'attention sur ce point et il a nettement formulé son opinion. J'ai pu, dans son service, constater l'exactitude des résultats qu'il a publiés, et j'ai reconnu que, si la coqueluche n'est pas toujours guérie, elle est du moins constamment modifiée par la maladie intercurrente. Souvent alors les quintes sont moins fortes, moins pénibles et beaucoup moins fréquentes. Comme le dit M. Trousseau, si les maladies intercurrentes font courir quelques risques aux malades, elles peuvent par une heureuse compensation, atténuer les accidents de la maladie principale.

Les diverses maladies intercurrentes qui ont sur la coqueluche l'influence dont je parle, sont: le catarrhe pulmonaire aigu, la pneumonie, l'entérite grave, la méningite, la fièvre éveillée par l'éruption d'une dent, l'opération de l'hydrocèle (Trousseau), la vaccine et les gourmes sous la forme dite inflammatoire.

Il faut dire cependant que, chez quelques malades, l'état fébrile intercurrent n'a point d'influence sur la maladie qui nous occupe. M. Blache n'aura sans doute vu que des exceptions de cette nature, lorsqu'il avançait que jamais il n'avait observé que des maladies survenues dans le cours de la coqueluche pussent en abréger la durée.

Il est difficile de se rendre compte de l'action des maladies intercurrentes sur la marche et l'intensité de la coqueluche. C'est un fait qu'il faut admettre sans explication, et qui est consacré par cet aphorisme d'Hippocrate, *fe*

(1) *Mémoire sur la coqueluche.*

spasmos solvit. Or, la fièvre n'a sur la coqueluche qu'une influence semblable à celle qu'elle exerce sur les autres maladies nerveuses.

Pronostic.

La coqueluche simple, chez un enfant bien portant, est une affection peu grave; mais si l'enfant est très jeune ou s'il est faible et d'une mauvaise constitution, lymphatique ou scrofuleuse, on devra être réservé dans le pronostic. En hiver et en automne, la coqueluche étant généralement plus grave, le pronostic doit être porté avec plus de circonspection. L'amaigrissement ou l'anasarque, une fièvre continuelle, des quintes fortes et répétées, la respiration restant pénible et fréquente dans l'intervalle de ces quintes, des vomissements très fréquents, l'altération subite et profonde de la face, le catarrhe pulmonaire chronique avec dilatation des bronches, la pneumonie aiguë et chronique, la tuberculisation des poumons, annoncent presque toujours une mort prochaine, et rendront le pronostic très grave.

Traitement.

Quelque grand que soit le nombre des moyens vantés par les auteurs comme spécifiques de la coqueluche, il faut se résigner à dire que cette maladie est une des plus rebelles à toute espèce de traitement; on a successivement épuisé contre elle toutes les ressources de la thérapeutique sans obtenir des résultats complétement satisfaisants. Je vais néanmoins passer en revue les diverses médications qu'on lui a opposées, en mentionnant celles qui paraissent mériter davantage la confiance des praticiens.

Soins hygiéniques et prophylactiques. — On doit préserver les enfants du froid et de l'humidité, mais si la température est douce et sèche, il est bon de les faire promener.

Les repas devront être multipliés plutôt que copieux ; chez les enfants à la mamelle, la nourriture ne peut être très variée : le lait de leur nourrice sera toujours pour eux la meilleure alimentation ; s'ils sont sevrés, des potages légers, des œufs frais, des fruits cuits, etc., constitueront le régime ; vers le déclin, l'alimentation sera un peu plus forte ; à un âge plus avancé il faut les laisser à leur régime ordinaire à moins que l'état fébrile, l'intensité de la coqueluche et les complications apportent des modifications dans le choix des aliments.

Les vêtements de flanelle, les frictions sèches, sont utiles chez les petits enfants faibles, et surtout en automne et en hiver; enfin un changement d'air paraît la condition la plus favorable pour faire disparaître complétement la toux, ou au moins pour amener une amélioration notable.

Le seul préservatif de la coqueluche, c'est l'isolement. La vaccination, qui avait été conseillée pour prévenir cette maladie, n'atteint pas ce but, elle

n'offre quelques avantages que pour diminuer la durée de la maladie, et elle n'agit alors que comme occasionnant un état fébrile intercurrent capable de suspendre les accidents spasmodiques.

Première période. — Au début de la coqueluche, et tant que dure la première période, le médecin se bornera à prescrire des boissons chaudes, mucilagineuses, des juleps gommeux, auxquels on pourrait ajouter une faible quantité de sirop diacode ; s'il y a des signes de céphalalgie ou de congestion cérébrale, les pédiluves irritants à l'eau de moutarde, à l'eau de savon, et les cataplasmes sinapisés appliqués aux extrémités seront utiles ; on dissipera la constipation avec des lavements émollients ; il faudra soustraire l'enfant à l'action du froid et de l'humidité, ne pas interrompre l'allaitement, et si le malade est sevré, des potages légers devront suffire à son régime.

Les émissions sanguines, inutiles et même dangereuses dans les cas ordinaires, n'offrent des avantages réels que chez les enfants vigoureux ou dans la coqueluche inflammatoire et dans le cours de certaines épidémies. On doit les mettre en usage lorsqu'au début, la fièvre étant très forte, il y aura de la rougeur de la face, de la tendance aux congestions cérébrales ou à un engouement pulmonaire. Les révulsifs déjà indiqués plus haut, joints à des lavements légèrement laxatifs, trouveront encore ici leur application.

Il n'est pas possible, comme le veulent certains auteurs, de s'opposer au développement ultérieur de la coqueluche, soit par les saignées répétées, soit par les stimulants diffusibles, soit par un vomitif. Ce qu'il faut surveiller et ce qu'on peut essayer de prévenir, ce sont les complications ; dès qu'elles se manifestent, on ne doit pas hésiter à les combattre par les moyens les plus énergiques.

Si, dans cette période, on a observé de l'anorexie, de la répulsion pour le sein de la nourrice ou du dégoût pour les aliments, et si la langue est saburrale, il convient de donner un vomitif aux enfants. Il faut administrer la poudre d'ipécacuanha à la dose de 30 ou 50 centigrammes en suspension dans du sirop que l'on fait prendre à trois ou quatre reprises, de dix en dix minutes.

Deuxième période ou période convulsive. — Il est à peu près inutile, quand la coqueluche est bénigne et modérée, de rien changer à la médication indiquée au début.

Un julep gommeux additionné de sirop diacode, un looch blanc, un julep, des lavements émollients ou légèrement laxatifs et un ou deux vomitifs constitueront le traitement à mettre en usage.

Les précautions à prendre pendant l'accès de toux convulsive, c'est-à-dire pendant la quinte, sont les suivantes. On doit mettre l'enfant sur son séant ou le prendre dans les bras et lui soutenir la tête avec la main : ces précautions sont indispensables, car il peut arriver, comme Guersant l'a observé, qu'un jeune enfant qu'on laisse sur le dos soit près de périr de suffocation.

On facilitera le rejet des matières visqueuses qui remplissent la bouche des

petits malades à ce moment, en les extrayant avec le doigt ou avec un petit linge.

« Lorsqu'on peut parvenir à faire boire le malade à petits coups pendant la quinte, on en abrége sensiblement l'intensité et la durée. » (Laennec.)

Une congestion trop active du sang vers le cerveau sera combattue par des cataplasmes sinapisés et des compresses d'eau froide vinaigrée appliquées sur le front.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que, quelles que soient la constitution régnante et la saison, si la coqueluche est compliquée de phlegmasie ou de toute autre affection, on devra recourir aux moyens conseillés contre ces complications.

La coqueluche exempte de toute complication peut, comme nous l'avons vu, persister opiniâtrément pendant plusieurs mois, en conservant son caractère convulsif. On lui a opposé dans cette période les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs, les sédatifs, les antispasmodiques, etc.

1° *Emissions sanguines.* — Nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de ce moyen nuisible dans la forme catarrhale et nerveuse; il ne peut être utile que dans la forme inflammatoire. Jusqu'ici il a paru que les saignées étaient principalement avantageuses dans les épidémies de coqueluche de l'hiver et du printemps, tandis qu'elles sont moins convenables dans les coqueluches de l'été : celles-ci doivent être combattues de préférence par les vomitifs. C'est au médecin de saisir les indications pour savoir quelle est la médication qu'il doit mettre en usage.

2° *Vomitifs.* — L'expérience a sanctionné depuis longtemps les éloges accordés aux vomitifs répétés. Ces évacuants, dit Guersant, éloignent et diminuent les quintes, lorsque surtout la sécrétion des mucosités est très abondante et obstrue les bronches. Les petits enfants supportent très bien les vomitifs ; cependant il ne faut pas les répéter tous les jours ou tous les deux jours, comme le conseille Laennec. On doit se laisser diriger par l'état des forces de l'enfant, et ne donner le vomitif plusieurs fois dans le cours de la coqueluche que si le malade est vigoureux et dans la forme catarrhale de la maladie. L'état pléthorique des sujets et la tendance aux congestions cérébrales contre-indiquent l'emploi de ce moyen.

Si l'on se décide à employer les vomitifs, il faut administrer l'ipécacuanha sous la forme que nous avons indiquée plus haut, le tartre stibié à la dose de 25 milligrammes à 5 centigrammes dans une potion que l'on fera prendre à l'enfant par cuillerées à café, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à ce qu'on ait obtenu plusieurs vomissements. Je pense, malgré les reproches adressés à l'ipécacuanha, devoir le conseiller encore, car il ne m'a point paru mériter le reproche d'être infidèle dans son action.

3° *Purgatifs.* — Le calomel, que l'on regarde comme évacuant et comme antiphlogistique, en même temps qu'il a la propriété de modifier la sécrétion des muqueuses et *de faciliter l'expectoration*; la manne, la rhubarbe, le sirop

de roses pâles, seul ou battu avec parties égales d'huile d'olive ; le sirop de chicorée et divers sels cathartiques : tels sont les purgatifs employés soit à titre de révulsifs, soit pour combattre la constipation. Ils sont loin de procurer les mêmes avantages que les vomitifs ; mais, seuls ou combinés avec ces derniers, ils ne laissent pas que d'être utiles.

4° *Narcotiques.* — Les anciens médecins accordaient une grande confiance aux opiacés, dans le traitement de la coqueluche ; les modernes, au contraire, n'ont pas reconnu l'efficacité de ce moyen ; ils ont, en outre, reconnu qu'ils favorisaient les congestions cérébrales et pulmonaires, jetaient les malades dans un anéantissement inquiétant, séchaient la gorge et diminuaient l'expectoration, circonstance très défavorable.

Toutefois l'opium donné à petites doses et combiné avec divers antispasmodiques (musc, castoréum), ou bien avec la belladone, peut être très utile chez les sujets nerveux, et lorsque la forme convulsive est très caractérisée ; mais quand il existe une réaction fébrile intense, et quand les enfants offrent la disposition de pléthore dont nous avons parlé, il faut s'en abstenir : le sirop diacode est la seule préparation qu'on puisse permettre alors à la dose de 10 à 15 grammes dans un julep gommeux.

Je ne conseille pas pour les enfants à la mamelle l'emploi de la morphine par la méthode endermique. Ce moyen n'est utile que dans un âge plus avancé.

Belladone. — Les Allemands vantent la belladone outre mesure, et vont presque jusqu'à la regarder comme un spécifique de la coqueluche ; ils la conseillent même au début. Mais c'est principalement pendant la seconde période qu'elle est bonne, à la condition toutefois qu'il n'y ait ni bronchite intense, ni phénomènes de congestion cérébrale, ni aucune phlegmasie pulmonaire ; elle serait alors beaucoup plus nuisible qu'utile. Laennec employait la belladone sous forme d'extrait, à la dose de 10 à 25 milligrammes, et il admettait qu'elle calmait le spasme des bronches et diminuait le besoin de respirer. MM. Guersant, Blache et Baron prescrivent aussi la belladone à doses progressives, jusqu'à ce qu'ils obtiennent des accidents de narcotisme. M. Trousseau associe l'opium et la valériane à la belladone, et évite ainsi l'insomnie que cette substance cause le plus souvent. La teinture et le sirop de belladone sont des préparations faciles à administrer aux enfants à la mamelle, et on doit les préférer aux autres modes d'administration.

On a aussi employé ce médicament en friction sur la poitrine, mais il paraît alors peu efficace.

Ciguë. — La ciguë est loin de mériter la réputation qu'on lui a faite ; comme les autres sédatifs, elle à l'inconvénient de diminuer l'expectoration. Toutefois Guersant attachait une grande confiance au mélange suivant :

Belladone.....	aa parties égales.
Ciguë.....	
Oxyde de zinc.....	

On commence par 1 centigramme, répété trois fois par jour, et l'on augmente progressivement suivant l'état du petit malade. Mais faut-il attribuer à la ciguë les bons effets qu'on obtient ; la belladone et l'oxyde de zinc peuvent revendiquer, ce me semble, une bonne part du succès. Profitons de cette occasion pour rappeler que la combinaison de divers narcotiques a une action plus puissante que celle des composés donnés isolément.

Le principe actif de la ciguë, la *conicine* a été vantée comme efficace par le docteur Spengler. Ce médecin dit l'avoir employée avec succès dans le cours de deux épidémies, à trois ans de distance. La dose qu'il conseille varie de $\frac{1}{150}$ de grain à $\frac{1}{10}$ répété trois fois par jour. Ces doses doivent être données en potion. On met, par exemple, 2 à 3 centigrammes de conicine dans 140 grammes d'eau, et on en donne une cuillerée ordinaire toutes les trois heures.

La jusquiame, la thridace, l'eau distillée de laurier-cerise, l'acide cyanhydrique, ont été également conseillés dans la seconde période de la coqueluche et ont obtenu des succès plus ou moins évidents. L'eau distillée de laurier-cerise et l'acide cyanhydrique sont des médicaments qu'on ne doit guère employer pour les petits enfants.

Si l'on veut obtenir des narcotiques des effets réels, il faut suspendre leur emploi pendant quelques jours pour les reprendre ensuite ; car, sans cette précaution, l'économie s'y accoutume bien vite, et l'on perd tout le bénéfice de la médication.

5° *Antispasmodiques.* — Tous les médicaments de cette classe ont été employés contre la coqueluche. Les seuls qui ont conservé quelque valeur sont le musc, le castoréum, le sirop d'éther, l'asa fœtida, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth. Le musc surtout a réussi chez les sujets doués d'une constitution nerveuse ; le musc artificiel (mélange d'acide nitrique concentré et d'huile d'ambre) semblerait préférable au musc même.

Guersant a vu l'oxyde de zinc réussir, surtout chez les très jeunes sujets, à la dose de 1 ou 2 grains toutes les deux ou trois heures, sans dépasser la limite extrême de 15 à 20 grains par jour. Je l'ai employé très souvent ainsi, à doses fractionnées, seul ou combiné à une petite quantité de poudre de valériane ou de poudre de belladone, et je me suis toujours bien trouvé de son emploi.

La *cochenille* a été donnée, à titre d'antispasmodique, dans toutes les périodes de la maladie, et, dit-on, toujours avec succès. Voici comment il faut l'administrer :

Cochenille	1	gramme.
Carbonate de potasse	1	—
Sucre	15	—
Eau chaude	80	—

Faites dissoudre. A donner trois ou quatre fois par jour, une cuillerée à café.

Le *tannin* a été donné à la dose et de la manière suivante :

Tannin.....	ãã 10 centigrammes.
Acide benzoïque.....	
Poudre de gomme arabique.....	4 grammes.

Mêlez et divisez en douze prises. En prendre une toutes les deux heures dans de l'eau.

L'alun est souvent employé à Londres, dans les hôpitaux de l'enfance, à la dose de 10 à 50 centigrammes, toutes les quatre ou six heures, pour les enfants d'un à dix ans.

La formule à laquelle on a ordinairement recours est celle qui suit :

Sulfate d'alumine et de potasse.....	75 centigrammes.
Extrait de ciguë.....	66 —
Sirop de coquelicot.....	8 grammes.
Eau de fenouil.....	90 —

Mêlez. Toutes les six heures une cuillerée à dessert.

On a également essayé le moyen qui réussit quelquefois dans le catarrhe suffocant; je veux parler de la respiration des vapeurs éthérées. M. Bell (1) se loue beaucoup des résultats obtenus en répandant un peu d'éther sur les vêtements du malade au plus fort du paroxysme. On a aussi employé des fumigations faites avec un mélange d'oliban, de benjoin, de styrax, de chaque 250 grammes; de fleur de lavande et de rose, de chaque 2 kil. Mais ce sont là des moyens auxquels il n'est permis de recourir que lorsqu'on a épuisé toutes les ressources ordinaires.

Il peut être avantageux de donner à l'intérieur quelques cuillerées d'un julep de 40 ou 50 grammes, additionné de 4 ou 5 gouttes d'ammoniaque liquide. Bien que je n'aie pas eu recours à ce moyen et que je ne l'aie pas vu employer, on peut supposer qu'il aura, contre la coqueluche, le même résultat que dans les autres maladies nerveuses avec suffocation, telles que les spasmes hystériques, la dyspnée de l'emphysème pulmonaire, etc.

Ce serait peut-être ici l'occasion de mettre en usage la cautérisation palatine ou pharyngienne avec l'ammoniaque. Cette opération, pratiquée rapidement avec toutes les précautions nécessaires, à l'aide d'un pinceau de coton ou de charpie légèrement imbibée, ferait sans doute cesser les accidents nerveux de la coqueluche, comme elle fait disparaître la suffocation de l'asthme, suite de l'emphysème pulmonaire. C'est un moyen qu'on ne peut juger *à priori* et qui vaut la peine d'être mis en usage.

Les bains tièdes une ou deux fois par jour, surtout quand les symptômes nerveux dominent, ont paru diminuer les quintes et procurer du sommeil. Pour éviter les congestions sanguines vers la tête, on doit laver la tête et le

(1) *Dictionnaire des études médicales*, 14e liv., p. 226.

ıt avec une éponge imbibée d'eau froide. Dans le cas de complication phleg-
ique des organes tho[illegible]ques, on devrait s'abstenir de ce remède ou au
ns l'employer avec grande réserve.

Soufre. — Horst dit avoir obtenu d'excellents effets de la fleur de soufre,
à 75 centigrammes dans du lait sucré par doses fractionnées en vingt-
tre heures.

Sous-carbonate de fer. — Steyman a souvent employé le sous-carbonate
er, il diminue la fréquence des quintes et soutient les forces de l'enfant.
le donne à la dose de 50 à 150 centigrammes par vingt-quatre heures.
tes les autres préparations de fer peuvent le remplacer.

Café. — M. J. Guyot a souvent employé l'infusion de café noir, chaude
ien sucrée, et il dit que ce moyen guérit la coqueluche. C'est peut-être
géré, mais au moins 15 ou 30 grammes d'infusion après chaque repas di-
uent-ils le nombre des quintes. Ce moyen est surtout convenable pour ar-
r les vomissements lorsqu'ils sont trop pénibles et de nature à épuiser les
nts. Il faut en même temps nourrir les enfants d'une façon très sub-
tielle.

Révulsifs. — Je n'attache aucune importance aux révulsifs cutanés chez
cunes enfants, ils ne font que produire une irritation très vive, causer de
omnie et amener quelquefois un mouvement fébrile plus ou moins intense.
si les vésicatoires, la pommade d'Autenrieth et l'essence de térébenthine me
issent devoir être proscrits du traitement de la coqueluche chez les en-
s à la mamelle. Ces moyens ne sont utiles que dans le cas où une phleg-
ie bronchique intense existe en même temps que la coqueluche. Dans ces
il vaut mieux avoir recours aux frictions faites matin et soir sur l'un des
s de la poitrine avec quelques gouttes d'huile de croton.

'autres moyens révulsifs internes peuvent être employés avec plus d'avan-
. Ainsi la cautérisation quotidienne du pharynx et de l'épiglotte avec une
tion de nitrate d'argent, à 1 gramme pour 32 grammes d'eau distillée,
t pour guérir une coqueluche en huit ou dix jours. On pourrait employer
ue, comme je l'ai déjà dit plus haut, la cautérisation légère de cette partie
de l'ammoniaque affaiblie, portée à l'aide d'un pinceau suffisamment ex-
ué.

e déplacement de la ville à la campagne, et aux bords de la mer, d'une
lité dans une autre, est souvent ce qu'il y a de mieux à faire, lorsque la
adie se prolonge et qu'elle résiste aux agents thérapeutiques. Il suffit quel-
fois, et j'en ai des exemples observés en plein hiver, d'envoyer les ma-
s à la campagne pour les voir guérir en quelques jours.

Troisième période. — Lorsque la coqueluche est parvenue à la période de
in, les quintes, quoique plus rares, conservent néanmoins une partie de
caractère convulsif, et quelquefois la terminaison se fait encore attendre
temps. Il convient de supprimer les tisanes émollientes, et de les rempla-
par les préparations ferrugineuses, par les toniques et les amers.

On donnera une décoction légère de lichen, de gentiane, de polygala, de petite centaurée, de quinquina, des infusions de serpolet ou d'hysope, et, suivant l'âge, des eaux minérales sulfureuses, celles de Bonnes, de Cauterets ou d'Enghien, pures ou coupées avec du lait et de l'eau de coquelicot.

Enfin, quand la maladie se prolonge et qu'un catarrhe chronique des bronches succède à la coqueluche, il faut cloîtrer les enfants dans un milieu à douce température ou les conduire à la campagne et leur donner de l'huile de foie de morue à très haute dose; on peut appliquer un vésicatoire sur la poitrine, ensuite on le reporte au bras ou on le remplace par un cautère.

Aphorismes.

170. La coqueluche est une maladie spéciale et spécifique, qui reconnaît pour cause l'influence d'un agent spécifique insaisissable et incontestable, dont les effets sur l'organisme étonnent toujours le vulgaire des anatomo-pathologistes.

171. Les quintes de toux, dont les secousses successives sont entrecoupées par une *reprise* inspiratoire, longue, sonore et bruyante, caractérisent la coqueluche.

172. Un enfant qui tousse et qui présente une ulcération au frein de la langue est atteint de coqueluche.

173. La coqueluche est une affection évidemment contagieuse et souvent épidémique.

174. La coqueluche, née dans un endroit, meurt et disparaît un peu plus loin, par le fait seul du déplacement des malades et des modifications apportées à leur hématose par le changement d'air et de lieu.

175. La coqueluche se montre quelquefois chez les enfants à la mamelle, dans l'âge adulte, mais elle frappe surtout les sujets de la seconde enfance.

176. La coqueluche est une névrose greffée sur une bronchite; elle commence par le catarrhe et se termine par des spasmes tout particuliers.

177. La coqueluche est grave, à certains moments, selon qu'il plaît au génie épidémique de l'année.

178. Chose singulière! la coqueluche ne semble avoir de gravité que par ses conséquences indirectes: ainsi, les vomissements qui succèdent aux quintes de toux et qui amènent l'inanition; ainsi, les dépôts fibro-plastiques des poumons qui engendrent tôt ou tard la pneumonie granuleuse, la phthisie, etc.

179. La coqueluche est la seule maladie de la première enfance où la toux soit accompagnée d'une véritable expectoration.

180. Une maladie aiguë intercurrente dans la coqueluche diminue son intensité, la fait disparaître, soit momentanément, soit d'une manière définitive.

CHAPITRE VI.

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE ET CUTANÉ.

emphysème pulmonaire est caractérisé par la dilatation des vésicules du ion ou par la rupture des vésicules et par l'infiltration de l'air dans le celluleux interlobulaire. Dans le premier cas, la lésion prend le nom *physème vésiculaire ;* dans le second, elle est désignée par celui d'*emphy- interlobulaire.*

ai indiqué et décrit cette lésion à propos de la bronchite, de la pneumonie e la coqueluche, car elle accompagne presque toujours ces maladies, dont est la conséquence inévitable dans les cas graves. L'emphysème pulmo- e n'est donc qu'un effet. C'est une lésion secondaire, qui peut à son tour our son propre compte, être le point de départ d'accidents graves ; mais 'est pas une maladie ayant des symptômes et une marche particuliers. uphysème pulmonaire des nouveau-nés et des enfants à la mamelle n'a c rien de comparable, si ce n'est le nom, avec l'emphysème pulmonaire adultes, et on ne retrouve pas au jeune âge, la dyspnée, la toux, la suffo- on et les phénomènes d'asthme causés chez l'adulte par cette lésion des pou- s. Ce serait donc commettre une erreur que de rapprocher, au point de médical, l'emphysème pulmonaire des adultes et celui des jeunes enfants, qu'ils sont séparés par la présence, dans le premier cas, de phénomènes amiques qui ne se retrouvent pas dans le second.

y a donc un emphysème pulmonaire, *vésiculaire* et *interlobulaire*, chez nfants ; mais cet emphysème ne constitue pas une maladie que des sym- oes particuliers puissent trahir.

'emphysème des poumons succède à la bronchite, à la pneumonie, à la eluche, et résulte des violents efforts d'expiration causés par la toux et la cation. Les vésicules pulmonaires se dilatent ou se déchirent et l'air s'in- dans le tissu cellulaire qui sépare les lobules du poumon. Tout violent de la respiration, quelle qu'en soit la cause, un accès de colère et un d mouvement peuvent amener le même résultat.

mplication d'emphysème sous-cutané. — Il arrive quelquefois, et cela ès fâcheux, que cet emphysème pulmonaire, insignifiant lorsqu'il est é, devienne le point de départ des accidents les plus graves. C'est lorsque infiltré dans le poumon gagne le tissu cellulaire des vaisseaux ou des ches, arrive dans le médiastin, le long de l'œsophage, de la trachée, se d dans le tissu cellulaire du cou, de la poitrine, des membres et e un *emphysème général*, comme dans les faits suivants :

VATION I. — *Emphysème du cou survenu chez une jeune femme après l'ac- ement.* — Une jeune femme de dix-sept ans, à laquelle M. Lizé (du Mans) don- des soins, accoucha assez heureusement, mais après un travail qui se pro-

longea pendant trois jours et demi, et pendant lequel l'accouchée avait beaucoup crié, il survint après l'accouchement une tumeur qui s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la mâchoire inférieure, donnait au toucher de la crépitation et était sonore à la percussion. Elle disparut au bout de huit jours.

La rupture de quelques vésicules pulmonaires, survenue pendant l'accouchement, avait sans doute produit cet emphysème. On sait, du reste, ainsi que l'a rappelé M. Depaul, qu'il existe dans la science plusieurs observations d'emphysème survenu ainsi pendant le travail de l'accouchement, et il est actuellement bien établi que, dans ce cas, la rupture peut avoir lieu sur tous les points de l'appareil respiratoire, depuis les vésicules pulmonaires jusqu'au larynx.

Observation II.—*Emphysème sous-cutané général.*— Mademoiselle Angélique Kirg, âgée de quatre ans, est couchée le 3 avril 1859 à l'hôpital Sainte-Eugénie, au n° 5, de la salle Sainte-Marguerite.

Cette enfant, dont le père et la mère sont bien portants, a quatre frères ou sœurs bien portants. Elle a été nourrie au sein, n'a jamais eu de gourmes, ni de glandes cervicales, ni de convulsions, ni de vers. Elle a eu la rougeole à trois ans avec une convalescence assez longue. La santé est habituellement bonne, sans rhume, ni diarrhée habituelle.

Il y a huit jours l'enfant s'est assoupie, se plaignant de la tête, et se réveillant en sursaut, mais sans délire. Les garderobes sont restées naturelles; la soif fréquente, sans vomissements. Toux peu fréquente, sans expectoration.

La nuit a été mauvaise, l'enfant semble pousser des cris de frayeur et elle est dans une grande agitation. Ce matin elle répond un peu aux questions qu'on lui fait; elle montre qu'elle souffre dans la tête. Les pupilles sont largement dilatées. Les poumons ne présentent rien d'anormal. Un vomissement naturel; pas de garderobe. 15 grammes de citrate de magnésie.

4 avril. Plusieurs garderobes liquides et pas de vomissements. Ce matin le ventre est souple, sans taches ni gargouillement. Langue jaune, humide; soif très fréquente, un peu de fièvre. Respiration faible, sans râles. Mauvais sommeil, avec agitation et frayeur nocturnes. Pas de céphalalgie, un peu d'épistaxis. Pupille extrêmement dilatée, peau modérément chaude. Pouls, 120.

5 avril. Trois garderobes liquides, pas de vomissements, ventre souple, aplati, sans gargouillements ni taches lenticulaires. Soif très fréquente; langue sale, jaunâtre, rouge à la pointe, un peu sèche. Toux assez fréquente, grasse; 36 respirations par minute; bonne résonnance de la poitrine. On entend partout le murmure vésiculaire, accompagné d'un peu de râle sibilant. L'haleine est très fétide; épistaxis provoquée par les doigts. Agitation très grande, cris toute la nuit. Ce matin en nettoyant l'enfant, on s'est aperçu d'une tumeur assez volumineuse, placée au niveau du grand pectoral gauche. Cette tumeur a 8 ou 9 centimètres de haut et de large, elle est assez saillante, limitée, sans changement de couleur à la peau et sans douleur. Elle s'étend de la clavicule à 2 centimètres au-dessous du mamelon et de la ligne médiane à l'aisselle. Elle offre une résonnance peu considérable, elle est élastique et crépite vers toute la circonférence. Elle se déprime sous le doigt, puis revient à son volume ordinaire. La crépitation surtout apparente au pourtour, s'étend jusqu'au bras et à l'avant-bras, le long de la gaîne des vaisseaux. Le bras a 1 centimètre de diamètre de plus que l'autre. Le pouls est très petit, 128.

6 avril. Deux garderobes liquides. Ventre souple, généralement douloureux, sans gargouillement ni taches. Langue jaunâtre, sèche, ainsi que les lèvres; langue fuligineuse. Depuis hier onze heures jusqu'à ce matin l'enfant n'a pas cessé de crier de la manière la plus violente. Peau médiocrement chaude. Pouls, 140.

peu fréquente, grasse. Bonne résonnance de la poitrine. Respiration, à la minute. Le murmure vésiculaire s'entend partout accompagné d'un peu râle ronflant. La tumeur du grand pectoral a un peu diminué et la crépitation on y sentait, ainsi qu'à la face interne du bras, s'est étendue dans l'aisselle, le dos, jusqu'à la région lombaire en passant au delà sur la colonne vertébrale jusque sous l'omoplate droite. En avant la crépitation s'entend jusque sous grand pectoral et sur la région du foie. L'emphysème a augmenté aussi à la face interne du bras gauche. L'enfant reste obstinément couchée sur le côté droit corps. Il n'y a rien sur les jambes.

Cette fille, emmenée par ses parents dans la journée, succomba le lendemain un emphysème devenu général.

Observation III. — *Emphysème sous-cutané chez un enfant tuberculeux*, par Mettenheimer. — Philippe S..., âgé de quatre ans environ, avait présenté mais assez longtemps des symptômes de phthisie pulmonaire, lorsqu'il fut atteint subitement, à la suite d'un accès d'oppression, d'emphysème cutané. L'emphysème se montra d'abord dans la région sous-claviculaire gauche, et gagna ensuite lentement le cou, la face, le thorax et le dos. Le gonflement était énorme. L'enfant, qui avait été soulagé d'abord, mourut au bout de soixante heures.

Autopsie. — L'emphysème, dans les régions indiquées plus haut, avait comme disséqué tous les muscles, les nerfs, les vaisseaux, etc., et même les divers faisceaux des muscles. Il avait également envahi le médiastin et la surface des deux poumons; la plèvre y était soulevée par une infinité de petites bulles emphysémateuses.

Le sommet du poumon gauche était converti en une seule caverne; mais l'origine de l'emphysème n'était pas là, il avait pour point de départ une perforation de la bronche gauche à son origine. Cette perforation avait été produite très probablement par des ganglions tuberculeux ou suspects qui comprimaient la bronche (1).

MM. Vitali, Natalis Guillot, Roger, Penard, Ozanam ont observé des faits de ce genre et leur nombre dépasse aujourd'hui la trentaine; il y en aura bien d'autres.

L'air infiltré dans les gaînes celluleuses arrive à l'origine des bronches et monte le long de la trachée dans le cou sans déchirer la plèvre. Il passe derrière le larynx et le pharynx, pénètre sur les côtés du cou et dans les cavités maxillo-zygomatiques, soulève la peau des joues et forme, comme l'a vu Ozanam, une tumeur lisse, arrondie, brillante et transparente, qui peut s'affaisser et reparaître alternativement.

Le gonflement des joues peut être unique ou se montrer de chaque côté de la face; de là, il s'étend à la peau du thorax et des membres, qui cède à la pression des doigts en laissant percevoir une crépitation fort caractéristique, la crépitation de l'emphysème sous-cutané.

Dans un cas qui m'a été communiqué par mon savant collègue le docteur P. Bourdon, il s'était formé un *abcès thoracique emphysémateux*. Était-ce l'emphysème du poumon communiquant avec l'extérieur ou un simple abcès

(1) *Deutsche Klinik*, 1759, n° 7.

froid ayant donné lieu à une fermentation gazeuse? Il est difficile de le dire. J'inclinerais pour cette dernière opinion qui montre combien le diagnostic est souvent difficile.

Voici le résumé de cette observation :

Observation IV. — *Abcès emphysémateux du thorax.* — Une petite fille âgée d'un mois, entre le 28 mars 1854, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 13 *bis*.

Elle est nourrie par sa mère et a été très bien portante jusqu'à il y a quatre jours. La mère aperçut alors de la rougeur et du gonflement sur le côté droit et antérieur de la poitrine de son enfant. La tuméfaction et la coloration anormale ayant fait des progrès, cette femme se décida à entrer à l'hôpital.

Nous trouvâmes la petite malade dans l'état suivant : une tumeur assez saillante occupe tout le côté droit de la face antérieure du thorax, depuis l'épaule jusqu'au rebord des fausses côtes : en bas elle s'étend même sur la partie latérale droite de la poitrine. La peau qui la recouvre et qui paraît très mince est d'une couleur rouge foncé, violacée dans plusieurs points; elle est molle et élastique comme une tumeur gazeuse et donne à la percussion un son très clair, tout à fait tympanique; on n'y trouve pas de fluctuation, et dans aucune partie de son étendue, pas plus que dans son voisinage on ne rencontre de crépitation emphysémateuse; aucun bruit particulier, vésiculaire et autre n'y est perçu. Les bords sont irréguliers et durs, tandis que les parties moyennes sont molles au point de se laisser déprimer et de permettre au doigt de sentir les saillies des côtes.

Cette tumeur paraît être douloureuse à en juger par les cris que détermine l'examen.

Le pouls est fréquent, la chaleur un peu élevée. Les fonctions digestives à l'état normal; l'enfant tette bien et ne semble pas oppressée.

Je prescris des frictions mercurielles et des cataplasmes : je remets au lendemain l'ouverture de la tumeur afin d'avoir un trocart très fin avec lequel je puisse faire préalablement une ponction exploratrice.

Le lendemain 30, nous apprenons que la tumeur s'est ouverte spontanément, vers la partie moyenne, et qu'il est sorti une certaine quantité de pus jaune clair et séreux. Nous trouvons en effet la tumeur complétement affaissée et une ouverture de la peau de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. En pressant, on fait sourdre quelques gouttes de liquide analogue à celui qui s'est écoulé et non mélangé de gaz; dans les mouvements respiratoires même violents, il ne sort pas d'air par la plaie, il ne s'y passe aucun mouvement particulier, aucun bruit.

L'état général continue à être très bon. (Même traitement.)

Le 31 mars et le 1er avril, il sort toujours un peu de pus séreux par l'ouverture.

Pour faciliter le recollement de la peau, on établit une compression méthodique autour de la plaie.

Le 2, la mère de l'enfant est obligée de sortir de l'hôpital, six ou huit jours après elle vient nous montrer sa petite malade et nous constatons une amélioration très remarquable; une grande partie de la peau est déjà recollée aux parties sous-jacentes, en formant quelques rides. Cependant, au-dessus et au-dessous de l'ouverture, le pus semble s'accumuler dans deux clapiers. Une incision est pratiquée au niveau de chacun de ces foyers et nous croyons que, à moins de complications, la guérison complète n'a pas dû se faire attendre.

Chez d'autres malades, l'air qui s'est infiltré à la racine des bronches ne remonte pas au cou, et du médiastin postérieur décolle la plèvre pariétale

e plus ou moins g de étendue, comprime le poumon, et donne lieu
ies physiques du pneumothorax, sans perforation de la plèvre. C'est
observé M. Natalis Guillot sur trois enfants.
d l'emphysème s'est généralisé, et s'est étendu au tronc, aux mem-
à la tête, le corps est comme soufflé, tendu et crépitant à toute s

ort est la conséquence la plus ordinaire de cette complication et de
ion organique. Il est impossible de prévoir ce qui doit arriver dans
pareils, alors que le point de départ des accidents, trop peu appré-
reste caché dans la poitrine. Néanmoins, malgré ces difficultés, les
t là, quelques enfants ont guéri, et il faut tout essayer pour favoriser
ieureuse terminaison.
t d'abord s'occuper de la maladie qui a occasionné la rupture et l'em-
e pulmonaire et combattre la bronchite, la coqueluche et la pneu-
nitiales; il faut calmer l'agitation et la toux des enfants, afin d'empê-
tant que possible le passage de l'air au dehors. L'opium, la belladone,
ace, les bains convenablement ordonnancés devront être mis en usage.
ement à l'emphysème sous-cutané lui-même, on peut, s'il est peu con-
le, l'abandonner à lui-même, car l'air ne tardera pas à disparaître par
dage compressif. Si l'emphysème, au contraire, est très considérable,
lonner issue à l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour
uffit de faire d'étroites piqûres à la peau avec la lancette, avec un tro-
illaire ou avec une aiguille à acupuncture, introduite obliquement
peau dans une étendue de quelques centimètres. Il faut faire plusieurs
ns sur des points différents et notamment sur les principaux foyers
ation. On peut ensuite aider à la sortie de l'air, par des frictions cuta-
ir la succion et au moyen de petites ventouses.
le cas où l'air a passé sous la plèvre costale, de manière à former un
ème costo-pleural, une fois le diagnostic bien sûrement établi, il fau-
re la thoracentèse avec un trocart capillaire, et par la canule aspirer au
le la bouche, l'air épanché sous la plèvre, s'il ne sortait pas sponta-
Il est inutile de dire ici que la thoracentèse doit être faite selon les
dinaires, au niveau de l'épanchement aérien et sur le bord supérieur
te, afin d'éviter les vaisseaux de l'espace intercostal correspondant.

CHAPITRE VII.

DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

nne en médecine le nom d'*asphyxie* aux troubles de l'hématose pro-
par la suspension plus ou moins complète des mouvements respira-
ce titre cette dénomination convient mieux que toute autre à l'état
des nouveau-nés qu'on observe au moment de la naissance, que de

auteurs fort recommandables désignent sous le nom vague de *mort apparente*, et que d'autres médecins décrivent souvent sous le terme d'apoplexie ou d'état apoplectique des nouveau-nés.

Causes.

L'asphyxie des nouveau-nés est le résultat de la compression du cordon contre les parois du bassin durant le travail; de l'entortillement du cordon gênant le cours du sang dans son intérieur; du décollement prématuré du placenta; de la déchirure du cordon ou du placenta pouvant amener une hémorrhagie; de la compression du fœtus par vice de conformation du bassin; de la compression de la tête par le forceps; de certains épanchements sanguins dans les méninges ou dans le cerveau; des obstacles à l'entrée dans les bronches, par des mucosités plus ou moins épaisses accumulées dans l'arrière-gorge; enfin de la faiblesse originelle des enfants, de leur naissance prématurée et de l'altération de leur constitution par les maladies graves de la mère ou par des hémorrhagies utérines fréquentes dans le cours de la grossesse.

Formes.

Cet état d'asphyxie ou de mort apparente offre des apparences diverses bien décrites par MM. Paul Dubois, Nægele, Cazeaux, etc., apparences qui résultent des causes mêmes de l'accident.

Tantôt l'absence de la respiration est le résultat de la congestion sanguine du cerveau par suite d'un obstacle à la circulation qui provoque aussi la stase du sang à l'intérieur de la peau, et les enfants sont livides, violacés : c'est ce que j'ai appelé état apoplectique des nouveau-nés, ou *asphyxie apoplectique*.

Tantôt l'absence de respiration est le résultat de la compression pure et simple du cerveau par un obstacle dans le bassin ou par le forceps, et les enfants demi-morts restent pâles : c'est l'*asphyxie ordinaire*.

Tantôt cet état est causé par hémorrhagie du cordon ou du placenta, ou par faiblesse naturelle, suite des maladies de la mère ou d'un accouchement prématuré, et les apparences sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent à des nuances près.

Il y a donc deux formes à distinguer dans l'asphyxie des nouveau-nés, la *forme simple ordinaire* et la *forme apoplectique*. Mais dans toutes ces circonstances, la cause première est la même, et cette cause c'est l'absence d'influx nerveux qui empêche les mouvements respiratoires, arrête l'hématose et détermine la mort.

Symptômes.

Dans l'asphyxie apoplectique des nouveau-nés, la surface du corps paraît gonflée, elle est d'un violet ou plutôt d'un bleu noirâtre; cette coloration est

plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvement, les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur, et, comme le font observer MM. Cazeaux et Jacquemier, les pulsations du cordon, du pouls, celles même du cœur sont quelquefois obscures et peu sensibles.

Dans l'asphyxie ordinaire, cette coloration n'existe pas : les enfants, comme le dit M. Paul Dubois, présentent la pâleur de la mort ; leur peau est blême, souvent souillée par le méconium ; leurs lèvres sont flasques, les membres sont pendants, la mâchoire inférieure est abaissée, les battements du cordon faibles et presque nuls. L'enfant nouveau-né qui présente ces symptômes a quelquefois exécuté des mouvements et même crié au moment de sa naissance, mais il est presque aussitôt tombé dans l'état de mort apparente.

Entre ces deux types principaux, il y a des nuances, et l'on observe d'autres formes moins prononcées qui établissent en quelque sorte la transition entre l'*asphyxie apoplectique* et l'*asphyxie ordinaire*.

Diagnostic, terminaisons.

Cet état morbide dure plus ou moins longtemps et peut en imposer facilement pour la mort, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. Cela se comprend à une époque où les signes certains de la mort n'étaient pas bien connus ; mais, aujourd'hui, si graves que soient les apparences, on ne doit plus s'y tromper. Jadis on ne savait pas si dans cette situation les enfants conservaient ou ne conservaient pas de battements au cœur ; maintenant que je l'ai démontré par des faits nombreux (1), on sait que les mouvements du cœur ne peuvent pas disparaître et s'interrompre complétement sans amener la mort. En conséquence, dans l'asphyxie des nouveau-nés, comme dans tous les états de mort apparente, s'il y a doute, il suffira, pour les éclairer, d'ausculter avec soin et pendant cinq minutes tous les points de la région précordiale pour savoir si les bruits du cœur ont réellement disparu. Après une exploration négative, on peut être assuré de la mort. Si au contraire de faibles battements se font entendre, il faut tout mettre en œuvre pour les réveiller complétement, et c'est alors seulement que le succès est possible, ainsi que l'ont établi MM. Moreau, Cazeaux, Chailly (2), Jacquemier, etc.

L'asphyxie se termine le plus souvent par la guérison. Il est cependant un certain nombre d'enfants qui succombent. Chez ceux-ci on trouve toujours une congestion plus ou moins prononcée de l'appareil cérébro-spinal, congestion d'ailleurs très commune chez les enfants morts en naissant.

(1) *Traité des signes de la mort et des moyens d'empêcher les enterrements prématurés*, par E. Bouchut. Ouvrage couronné par l'Institut de France.

(2) *Traité pratique de l'art des accouchements*. 4e édition, Paris, 1861.

Lésions anatomiques.

D'après Billard, l'injection des méninges, de la moelle et du cerveau est commune chez le nouveau-né qu'il la considère presque comme un état turel plus que comme un état pathologique. Il l'a trouvée sur le plus g nombre des cadavres d'enfants morts asphyxiés qu'il appelle apoplectiq souvent aussi elle était jointe à l'épanchement de sang dans l'extrémité rieure et postérieure du rachis. Billard dit en même temps avoir vu altération sans qu'elle ait donné lieu pendant la vie à des symptômes ciables.

Quand l'injection capillaire est portée très loin, dans l'asphyxie tique par exemple, il ne tarde pas à se faire une exsudation stagnante à la face des méninges, et le sang qui est le produit de cette exsudation à la surface des méninges, ordinairement coagulé en grande quantité, prime le cerveau ou la moelle épinière et donne lieu à l'état de stu d'abattement que présentent les enfants. Cette hémorrhagie a été v M. Cruveilhier sur presque tous les enfants morts de cette asphyxie. existe surtout vers les lobes postérieurs du cerveau, autour du cervelet la dure-mère rachidienne. Elle se voit aussi, mais rarement, dans les v cules et dans la substance du cerveau. Billard a cependant rapporté un ce genre. C'est la pulpe cérébrale qui est ordinairement le siége d'une injection, sous forme de rougeur pointillée ou sablée, principalement parties latérales des corps striés et des couches optiques.

On trouve aussi quelquefois chez ces enfants des ecchymoses dans le mon, dans le thymus, et des congestions prononcées des divers splanchniques.

Traitement.

L'asphyxie des nouveau-nés est, comme on le voit, un état fort dan et fort grave, qu'il faut combattre promptement et par des moyens va appropriés aux diverses indications que réclame la situation des enfants.

Dans la première forme que j'ai admise, c'est-à-dire dans l'*asphyxie plectique*, il faut faire cesser l'engorgement du cerveau et des autres o On coupe le cordon ombilical et on laisse couler deux à trois cuillerée sang. La respiration commence à s'établir, s'il n'y a pas d'obstacles d bouche, ce qu'il faut toujours rechercher. On y passe le doigt pour e les mucosités qui pourraient s'y trouver accumulées. La teinte bleue d des téguments disparaît peu à peu, d'abord des lèvres et du visage, et b après du reste du corps.

Si le sang ne pouvait couler du cordon, il faudrait mettre l'enfant d bain tiède pour favoriser l'écoulement, et si l'on ne pouvait réussir, il mettre une sangsue derrière chaque oreille, sur l'apophyse mastoïde, et r couler la piqûre après la chute de la bête.

Dans la deuxième forme, c'est-à-dire dans l'*asphyxie ordinaire* exempte de symptômes apoplectiques, la perte du sang est inutile, et il ne faut pas faire couler le cordon ombilical; si les enfants étaient anémiques, ce serait même chose fort dangereuse. Il vaudrait mieux alors laisser l'enfant pendant un quart d'heure attaché au cordon, attendre le retour à la vie provoqué par la circulation placento-fœtale, et ne faire la ligature et la section du cordon selon les règles ordinaires que lorsque tout danger aurait disparu.

Dans les deux formes de l'asphyxie des enfants nouveau-nés, il faut, par tous les moyens possibles, essayer de provoquer le besoin des mouvements respiratoires. Tous les excitants extérieurs ont été employés à cet effet. Les frictions, les bains, les douches, etc., sont tour à tour mis en usage. Il faut placer l'enfant dans un bain tiède ou dans un bain préparé avec la décoction de plantes aromatiques, ou bien encore dans des linges chauds ou devant un feu clair. On le frictionne doucement avec un morceau de flanelle ou avec les doigts : au besoin on le frappe sur les fesses avec la main, et cette flagellation produit toujours un excellent effet. Les frictions peuvent être sèches ou faites avec une flanelle imprégnée de liqueurs irritantes, telle que du vinaigre et de l'eau-de-vie. On se sert en même temps de ces liquides pour exciter les narines ou l'intérieur de la bouche. L'ammoniaque est un liquide dangereux à employer.

Il faut avoir la précaution, dès le commencement de l'opération, de visiter l'intérieur de la bouche pour enlever avec le doigt les mucosités qui pourraient s'y trouver.

Quand tous ces moyens sont inutiles, il faut faire, sur la poitrine, quelques douches avec de l'eau vinaigrée on avec de l'eau-de-vie; le médecin remplit sa bouche et projette ce liquide avec force sur les parois du thorax; en même temps il presse latéralement sur cette cavité pour remplacer l'action des muscles paralysés. Quelques personnes conseillent d'appliquer la bouche sur celle de l'enfant, et de lui souffler dans l'arrière-gorge. Il vaut mieux pratiquer l'insufflation au moyen d'un tube recourbé mis dans le larynx. Cette opération doit être faite avec de grandes précautions, d'abord pour ne pas commettre d'erreur de lieu et pour ne pas insuffler l'œsophage, ensuite pour ne pas dilater les poumons outre mesure et déterminer l'emphysème pulmonaire. On peut se servir à cette effet, comme le recommandent Dugès, madame Lachapelle et plus récemment M. Depaul, du tube laryngien de Chaussier dont la forme et la disposition générale sont très appropriées.

L'index de la main gauche est porté sur l'épiglotte et sert de guide au tube laryngien que pousse la main droite vers l'ouverture du larynx, de manière à y pénétrer en ramenant l'épiglotte en avant. Comme l'instrument pourrait être dans l'œsophage, il faut lui imprimer des mouvements de latéralité pour voir s'il entraîne avec lui le larynx. D'ailleurs, s'il était dans l'œsophage, dès la première insufflation, on verrait le soulèvement de l'épigastre par le gaz, et l'on devrait aussitôt s'arrêter.

Il est utile de presser un peu sur le larynx avec l'instrument pour déprimer l'œsophage ou fermer les narines et les lèvres avec les doigts, puis on fait 10 à 12 insufflations par minute, en pressant un peu sur la poitrine pour aider à la sortie de l'air. Ces insufflations peuvent être prolongées pendant un quart d'heure, une demi-heure et même tant qu'on croit entendre à l'auscultation les rares battements de la région précordiale. Quand les battements du cœur ont disparu complétement, et que l'oreille appliquée sur la poitrine n'entend plus rien depuis plusieurs minutes, tous les efforts deviennent inutiles, et je crois sans exemple qu'en pareil cas on ait jamais pu ranimer un enfant; c'est aussi l'avis des accoucheurs expérimentés dont j'ai plus haut cité les observations.

On a aussi conseillé l'emploi de l'électropuncture dans le diaphragme et dans les muscles intercostaux. Ce moyen peut être fort utile, et il a réussi dans un grand nombre de circonstances.

Il est surtout important de prolonger les tentatives avec une grande persévérance. On ne doit point se fatiguer, et, comme je le disais un peu plus haut, il faut continuer pendant une heure et au delà, de manière à ne quitter l'enfant que lors de la disparition complète et définitive des mouvements du cœur, c'est-à-dire lorsqu'il est impossible de le rappeler à la vie.

LIVRE VII.

MALADIES DU CŒUR.

A part les vices de conformation, les maladies organiques du cœur et des valvules consécutives à la naissance sont très rares chez le nouveau-né et chez les enfants à la mamelle. Elles s'observent surtout dans la seconde enfance. Billard leur a consacré quelques pages, mais dans l'état actuel de la science, il est impossible d'exposer leur histoire avec beaucoup de détails. J'ai observé plusieurs exemples de ces altérations des valvules, et à travers les difficultés du diagnostic, je dois dire que les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes chez les enfants que chez les adultes. Je vais énumérer les principaux vices de conformation du cœur, puis j'indiquerai la manière dont s'établit la circulation indépendante; l'époque et le mode de l'oblitération des ouvertures fœtales; la cyanose des nouveau-nés; l'hypertrophie du cœur et la péricardite.

CHAPITRE PREMIER.

VICES DE CONFORMATION DU CŒUR.

Les principaux vices de conformation du cœur sont :

1° *L'acardie*, ou l'absence de cœur, difformité incompatible avec la vie

extra-utérine et qui coïncide assez ordinairement avec l'acéphalie et l'anencéphalie.

2° La *bicardie*, ou cœur double, qui ne se rencontre jamais hors les cas de diplogénèse.

3° L'*ectopie du cœur*, ou déplacement de cet organe, qui comprend la *transposition du cœur*, laquelle accompagne toujours la transposition des autres viscères. Le cœur se trouve à droite et la direction de l'aorte est changée; sa portion thoracique descend sur le côté droit de la colonne vertébrale. Le cœur se trouve aussi quelquefois déplacé par en haut près du col et de la tête: c'est ce que Breschet désignait sous le nom d'*ectopie céphalique;* ou au contraire, il a passé dans l'abdomen par une fente congénitale du diaphragme, ou par suite de l'absence de ce muscle: c'est l'*ectopie abdominale*, et l'on a vu que quelques sujets peuvent vivre assez longtemps avec cette conformation singulière.

4° *Les vices de conformation qui amènent le mélange des deux sangs veineux et artériel*, ce sont:

1° Un cœur simple, composé d'une oreillette et d'un ventricule.

2° Une oreillette et deux ventricules.

3° Une oreillette et deux ventricules dont l'un est rudimentaire.

4° Un seul ventricule et deux oreillettes.

5° Un seul ventricule, deux oreillettes et la persistance du trou de Botal.

6° L'aorte et l'artère pulmonaire naissant du ventricule droit.

7° L'aorte naît du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche.

8° *Idem*, l'aorte du ventricule droit, l'artère pulmonaire du ventricule gauche, plus la persistance du trou de Botal.

9° *Idem*, l'aorte du ventricule droit, l'artère pulmonaire du ventricule gauche, la persistance du trou de Botal, plus la persistance du canal artériel.

10° *Idem*, l'aorte sort du ventricule droit, l'artère pulmonaire du ventricule gauche et persistance des deux orifices de Botal et artériel.

11° Le cœur présente une ouverture dans la cloison ventriculaire.

12° *Idem*, plus la persistance du trou de Botal.

13° *Idem*, plus la persistance du canal artériel.

14° *Idem*, plus la persistance du trou de Botal et du canal artériel.

15° Persistance réunie du trou de Botal et du canal artériel.

16° Persistance du trou de Botal.

Tels sont les principaux vices de conformation du cœur que je ne fais qu'indiquer, car une longue description tératologique ne serait guère à sa place ici. Mais chez les enfants bien conformés, il y a, dans le cœur, au moment de la naissance, un changement de fonction très important qui est dû à l'établissement de la respiration et d'une circulation indépendante de celle de la mère. La circulation fœtale disparaît et se trouve remplacée par une circulation nouvelle et particulière que *favorise l'oblitération* successive du trou de Botal et

du canal artériel. De la manière dont s'accomplit cette oblitération dépend la régularité ultérieure des fonctions du cœur et la production de quelques unes de ses maladies. Il est donc important de savoir comment s'établit la circulation indépendante chez l'enfant, et surtout comment se ferment les ouvertures fœtales dont je viens de parler. Billard a étudié ce sujet avec plus grand soin et je lui emprunte ce qu'on va lire (1).

CHAPITRE II.

DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA CIRCULATION INDÉPENDANTE.

« J'ai observé avec le plus grand soin les changements qui surviennent à le cœur, le canal artériel, le canal veineux et les artères ombilicales, pe les premiers jours de la vie extra-utérine. Je vais exposer ici le résultat de recherches. Je passerai successivement en revue : 1° l'époque à laquelle ouvertures fœtales sont oblitérées ; 2° leur mode d'oblitération ; 3° j'expo les conséquences physiologiques et pathologiques qui découlent naturelle de ces recherches.

» *Époque de l'oblitération des ouvertures fœtales.* — *Enfants d'un jo* — Sur 19 enfants d'un jour, il y en avait 14 chez lesquels le trou de B était complétement ouvert, 2 chez lesquels il commençait à s'oblitér sur 2 autres enfin, il était tout à fait fermé, et il n'y passait plus de sang.

» Parmi ces mêmes enfants, le canal artériel était libre et plein de sa *treize;* il commençait à s'oblitérer chez *quatre*, et chez les derniers il complétement oblitéré. Je ferai observer que ce dernier enfant était m ceux chez lesquels il y avait occlusion complète du trou de Botal. L'enf fant qui se trouvait dans le même cas, avait son canal artériel encore o

» Quant aux artères ombilicales, elles étaient toutes libres encore p leur insertion aux artères iliaques ; leur calibre était rétréci par l'effet de l'é sissement remarquable de leurs parois. Chez tous ces enfants, la veine o cale et le canal veineux étaient libres, et celui-ci se trouvait le plus o rement gorgé de sang.

» Il résulte de ce premier examen, que le trou de Botal et le canal riel sont encore libres le premier jour de la naissance, dans la plupa cas, bien que cependant ces ouvertures puissent être oblitérées dès époque.

» *Enfants de deux jours.* — Sur 22 enfants de deux jours, il y en av dont le trou de Botal était très libre, 3 dont il était presque oblitéré, et présentaient cette ouverture entièrement fermée. Chez les mêmes j'ai trouvé 13 fois le canal artériel encore libre, 6 fois dans un com ment d'oblitération, et 3 fois totalement oblitéré. Chez tous, les artère licales étaient oblitérées dans une étendue plus ou moins grande, s

(1) Billard, *Traité des maladies des nouveau-nés.*

ne ombilicale et le canal veineux, quoique vides et aplatis, se laissaient ce-
dant pénétrer par un [illegible]et assez gros. Ces faits sont propres à démontrer
le plus ordinairement le trou de Botal et le canal artériel ne sont point
ore oblitérés deux jours après la naissance, bien que l'enfant soit obligé
vivre de la vie indépendante; quant aux artères ombilicales, devenues
ormais inutiles, elles ont déjà, dès cette époque, subi la modification qui
résulter de leur défaut d'action.

Enfants de trois jours. — J'ai soumis au même examen les cadavres de
enfants de trois jours : 14 d'entre eux ont offert le trou de Botal encore
e; chez 5, il commençait à s'oblitérer, et il l'était complétement chez les
erniers.

Le canal artériel était également libre chez 15 enfants ; il commençait à
litérer chez 5, et l'oblitération était complète chez 2 seulement. Ces deux
ts présentaient en même temps une oblitération du trou de Botal. Les
seaux ombilicaux et le canal veineux étaient vides et même oblitérés chez
ces sujets. Or, il est évident que ces vaisseaux s'oblitèrent avant que le
de Botal et le canal artériel aient éprouvé une occlusion complète, et
peut encore dire qu'à trois jours, le canal artériel et le trou de Botal ne
pas généralement oblitérés.

Enfants de quatre jours. — J'ai trouvé, chez 27 enfants de quatre jours,
fois le trou de Botal encore ouvert. Sur ces 17 cas, il y en avait 6 où cette
erture était très large, et se trouvait distendue par une grande quantité
sang. Sur les 11 autres individus, le trou de Botal était simplement libre.
z les 27 enfants dont il s'agit, cette ouverture commençait à s'oblitérer
8 individus, et elle l'était complétement chez les deux autres.

Le canal artériel était encore ouvert chez les 17 enfants ; il commençait
oblitérer, et même n'offrait plus qu'un pertuis fort étroit chez 7 d'entre
; enfin, son oblitération était complète chez 3 sujets; les artères ombili-
s étaient chez presque tous oblitérées près de l'ombilic, mais susceptibles
se dilater encore près de leur insertion aux iliaques. La veine ombilicale et
anal veineux, complétement vides, se trouvaient considérablement rétrécis.

Enfants de cinq jours. — 29 enfants de cinq jours ont été soumis au
me examen que les précédents : 13 m'ont présenté le trou de Botal encore
ert ; mais cette ouverture n'existait pas au même degré chez tous ces en-
ts. Elle était largement dilatée chez 4 individus, et, chez les 10 autres, son
mètre était médiocre.

Cette ouverture fœtale était presque complétement oblitérée chez 10 indi-
us, et sur 6 autres elle l'était assez pour ne plus établir aucune communi-
on entre les deux oreillettes.

J'ai trouvé chez ces 29 enfants le canal artériel 15 fois ouvert. Sur ces
s, il y en avait 10 où le canal était largement ouvert. L'oblitération était
s avancée sur les cinq autres sujets ; cette oblitération était presque com-
te, ou du moins le calibre de ce canal ne consistait plus qu'en un pertuis

étroit chez 7 enfants; enfin, sur 7 autres, l'oblitération était complète aux vaisseaux ombilicaux, leur oblitération était complète chez tous les

» Jusqu'à présent nous avons vu que les ouvertures fœtales étaient libres chez un assez grand nombre d'enfants, même cinq jours après le sance. Aucun de ces enfants n'a présenté de symptômes particuliers, pussent avoir pour siége l'appareil circulatoire. Nous allons voir ce diminuer chez les sujets plus âgés que ceux qui ont fait jusqu'à présent de nos recherches.

» *Enfants de huit jours.* — Je n'ai pas trouvé entre les enfants de de sept jours, et ceux dont nous venons d'observer les ouvertures fœta différences très tranchées, mais il n'en est pas de même des enfants d jours. En effet, sur 20 sujets morts à cet âge, je n'ai plus trouvé que 5 trou de Botal encore libre. Il était incomplétement fermé chez 4 ind et son occlusion était complète sur 11.

» Sur ces 20 enfants, il n'y en avait que 3 dont le canal artériel ne oblitéré : un d'entre eux a présenté un anévrysme de ce canal, qui, p de cette dilatation anévrysmale, avait un volume égal à celui d'une n Sa paroi offrait à l'intérieur une couche assez épaisse, ayant une con fibreuse et une couleur jaunâtre ; elle était tout à fait analogue aux c fibrineuses qui tapissent l'intérieur des poches anévrysmales.

» Sur ces 20 individus, j'ai trouvé 6 fois le canal artériel presque c tement oblitéré ; enfin, son oblitération était complète chez 11 d'eu Les vaisseaux ombilicaux étaient complétement oblitérés chez presq je dis chez presque tous, parce que je n'ai observé ni les artères ni l ombilicale sur 5 d'entre eux.

» On voit, d'après ce dernier examen, qu'à huit jours, les ouvertures sont assez ordinairement oblitérées, mais que cependant on peut les libres encore, même à cet âge ; j'ajouterai qu'à douze, qu'à quinze j même à trois semaines, on peut trouver le trou de Botal ou le canal encore ouvert, sans que l'enfant en éprouve, pendant la vie, des a particuliers ; car, je le répète, j'ai choisi, pour faire ces recherches, fants qui pour la plupart étaient morts d'affections auxquelles l'appare ratoire était étranger.

» Il résulte des faits que nous venons d'exposer, que les ouvertures ne s'oblitèrent pas immédiatement après la naissance ; que l'époque à cette oblitération est achevée, est extrêmement variable ; que ce c'est ordinairement à huit ou dix jours que le trou de Botal et le ca riel sont oblitérés. Il résulte encore de l'examen auquel nous nous livré, que les modifications qui succèdent à la cessation de la vie fœtal les organes circulatoires du nouveau-né, arrivent dans l'ordre suivant ères ombilicales s'oblitèrent, puis les veines de ce nom, le canal arté n le trou de Botal. La persistance des ouvertures fœtales, pendant q s après la naissance, ne doit donc pas être considérée comme un

die, puisqu'il est assez ordinaire de la rencontrer et qu'elle ne donne lieu à aucun accident particulier. Cette irrégularité ou ce retard est dû au mode d'oblitération de ces ouvertures ; c'est en effet ce que nous allons voir.

« *Mode d'oblitération des ouvertures fœtales.* — Lorsqu'on examine la disposition que prend peu à peu le trou de Botal depuis le premier mois de la conception jusqu'à la naissance, on s'aperçoit que la forme de cette ouverture et que la disposition respective des parties environnantes, et notamment de la valvule d'Eustachi, deviennent telles que le sang, qui d'abord affluait sans obstacle d'une oreillette dans l'autre, éprouve peu à peu plus de difficultés à parcourir la route qu'il suivait depuis quelque temps. Sabatier a surtout insisté sur ce point. Ainsi, une première modification survenue dans l'organisation du cœur force le sang à modifier son cours; le liquide inerte par lui-même est sous la dépendance immédiate du moteur qui le projette et le dirige dans les canaux qu'il doit parcourir. S'il en est ainsi, il faudra qu'il survienne également, dans les autres parties que le sang doit abandonner, des modifications anatomiques qui, changeant sa forme et modifiant le mode d'action de ces organes, impriment au fluide qui le parcourt un changement de direction. Or, si l'on examine les artères ombilicales et le canal artériel à mesure qu'ils s'oblitèrent, on verra que peu à peu leurs parois s'épaississent. Cette épaisseur des artères ombilicales est surtout remarquable à leur point d'insertion à l'ombilic : là, elles offrent très souvent, après la naissance, une espèce de renflement fusiforme qui s'opère au préjudice du calibre de l'artère, et ce renflement semble résulter d'une sorte d'hypertrophie du tissu fibreux jaune élastique ; d'où il résulte que l'artère offre, dans ce point, une force contractile supérieure à l'effort de dilatation que pourrait exercer la colonne de sang lancée par les artères iliaques. Il est extrêmement facile de constater l'épaisseur des parois de l'artère, en la coupant par tranches au niveau du point dont je parle ; on voit cette épaisseur diminuer, à mesure qu'on s'approche de l'insertion de l'artère aux iliaques, et c'est précisément dans ce sens que s'observe la progression de son oblitération après la naissance. Ainsi, deux causes après la naissance forcent le sang à abandonner le cours qu'il avait dans l'utérus : 1° l'établissement de la respiration et de la circulation pulmonaires ; 2° la modification de texture que subissent les artères ombilicales.

« Il est un phénomène qui prouve encore que la contractilité des vaisseaux ombilicaux est susceptible de suspendre le cours du sang dans leur calibre, c'est celui-ci : si l'on coupe le cordon ombilical après la naissance très loin de l'ombilic, chez un enfant pléthorique, on voit d'abord un jet de sang s'écouler avec impétuosité, puis il se ralentit, s'arrête tout à fait ; si l'on coupe une nouvelle portion du cordon, un nouveau jet de sang s'écoule et s'arrête ensuite. On peut renouveler cette hémorrhagie à chaque section successive du cordon. M. P. Dubois m'a dit avoir constaté ce fait un grand nombre de fois. Or, le cours du sang est arrêté de la sorte, parce que les artères du cordon se contractent sur ce liquide et le forcent à rétrograder. S'il existe près de

l'ombilic et en dedans de l'abdomen un point des artères ombilical contractile, parce qu'il y règne une plus grande quantité de tissu fibre tique, on conçoit que le cours du sang chez le fœtus devenant moins tueux quand le calme qui survient après l'accouchement commence blir, ces artères puissent être capables de s'opposer à l'abord dans leur du fluide sanguin qu'elles repoussent et dont elles combattent l'effort; sure que l'enfant vieillit, l'artère s'oblitère davantage, et par la suite soumise à un tiraillement qui lui fait éprouver l'ampliation progres parois abdominales, elle perd tout à fait sa forme vasculaire, et se tra en un véritable ligament.

» Ce qui survient dans les artères ombilicales s'observe aussi pour l artériel. Chez les embryons, il offre une souplesse aussi grande que c autres artères ; il se laisse donc facilement dilater par la colonne de s afflue dans son calibre, et celle-ci pénètre sans nul obstacle dans mais à sa naissance, et après cette époque, les parois de ce canal dev peu à peu plus épaisses; il se développe en elles une sorte d'hypertrop centrique, qui, sans diminuer en apparence la grosseur du vaisseau, minue cependant le calibre, d'où il résulte que le sang chassé de c passe en totalité par les artères pulmonaires. Lorsque le canal artéri l'hypertrophie et l'oblitération dont je parle, je ne puis mieux donne de la disposition qu'il présente qu'en le comparant à un tuyau de pi la cassure est fort épaisse, et ne présente à son centre qu'un pertuis d diocre calibre.

» L'oblitération de la veine ombilicale et du canal veineux ne se fai la même manière. Ces vaisseaux ne présentent pas, comme les pré un épaississement remarquable de leurs parois; dès l'instant où le ombilical a été coupé, la veine de ce nom n'est plus susceptible de du sang dans son calibre, à moins que ce ne soit par régurgitation de cave inférieure. Alors ses parois s'affaissent et se rapprochent; elles nent contiguës, et son calibre finit par s'oblitérer, ainsi que cela s pour tous les conduits de quelque nature qu'ils soient, aussitôt qu'ils plus traversés par les fluides qui les parcourent habituellement. Cepe veine ombilicale et le canal veineux conservent encore leur cavité lil on les distend aisément en y introduisant longtemps un stylet ass tandis qu'il n'en est pas de même des artères ombilicales et du canal Il y a eu pour ces conduits une oblitération active, si je puis me s cette expression; le sang a été forcé de les abandonner, par suite de fications organiques survenues dans la texture de leurs parois, tan pour la veine ombilicale et le canal veineux, l'oblitération est pour ai passive, c'est-à-dire qu'elle succède à l'absence du sang; elle est le ré non la cause de la rétropulsion du fluide sanguin.

» Cette différence tient sans doute à la différence d'organisation e systèmes artériel et veineux. S'il est nécessaire que le trou de Botal et

riel subissent des changements organiques qui préparent et amènent leur tération, on concevra sans peine que la nature, si féconde en anomalies, sse préparer ces modifications, tantôt prématurément, tantôt plus tardive-nt, suivant les individus. De là la cause de l'oblitération des ouvertures les dès les premiers jours de la naissance chez quelques enfants et de la sistance, au contraire, du trou de Botal et du canal artériel, chez quelques es à une époque plus ou moins éloignée de sa naissance; de là, enfin, la essité d'un temps plus ou moins long dans la plupart des cas pour que e oblitération soit complète. Ainsi s'expliquent les irrégularités de l'époque établissement complet de la circulation indépendante, sans qu'on ait be-de les considérer comme cause ou comme effet de certaines maladies du r ou des poumons.

Cependant il doit résulter, sans doute, de l'accomplissement de ces phé-ènes de transition, une oxygénation incomplète du sang, puisque tout le de que le cœur projette au loin dans les différentes parties du corps n'a préalablement traversé les poumons et ne s'est pas trouvé en contact avec ng respiré par l'enfant. Mais, après tout, est-il nécessaire que le sang enfant qui vient de naître soit aussi oxygéné que celui qui circule dans rtères d'un adulte ? Ne convient-il pas au contraire que la trame, à peine chée, des organes du nouveau-né, ne reçoive pas un sang trop actif, et les matériaux de la nutrition ne soient pas tout à coup chargés de prin-s excitants, dont l'action sur les organes de l'enfant tournerait sans doute réjudice de sa santé et nuirait même à l'établissement progressif de la ndépendante? Je le crois, et je ne sache pas qu'on puisse rejeter ces opi-s, qui d'ailleurs découlent de l'examen anatomique des organes circula-s de l'enfant naissant. Il est encore une autre considération qui vient à ui de ces assertions : c'est que les poumons seraient exposés à des con-ons funestes, si tout à coup les artères pulmonaires leur lançaient tout le qui afflue dans le cœur. Le canal artériel, en permettant au fluide sur-dant de pénétrer dans son calibre, vient au secours, pour ainsi dire, de ane respiratoire, dont l'état de congestion ne permettrait pas à l'air d'ar-librement dans ses cellules, de sorte que l'établissement de sa vie indé-ante se trouve favorisé par la persistance même des dispositions orga-es qui appartiennent à la vie fœtale. Ainsi, tout s'enchaîne dans l'orga-ion, et la disposition des parties et l'exercice de leurs fonctions; ainsi se succède avec un ordre et par des transitions voulues et préparées par ture, afin qu'aucun changement brusque et inattendu ne vienne inter-re l'ensemble et l'harmonie des phénomènes de la vie. »

s ouvertures fœtales persistent bien au delà de l'époque que je viens ier, il peut en résulter un mélange plus ou moins complet du sang en et du sang veineux, d'où la coloration bleuâtre de la peau qui a reçu n de *cyanose*. Je vais en dire quelques mots.

CHAPITRE III.

DE LA CYANOSE DES NOUVEAU-NÉS.

La cyanose des nouveau-nés est caractérisée par une coloration bleuâtre des téguments, due à la gêne de la circulation veineuse et au mélange du sang artériel et veineux. C'est la *cyanose cardiaque*, elle se développe quelques jours ou au plus tard un mois après la naissance ; passé cette époque, la cyanose est très rare chez l'enfant, et survient d'une manière accidentelle à la suite de circonstances particulières qui rendent le cœur malade, et déterminent la communication anormale de ses cavités, ou une très grande gêne de la circulation. Cette disposition est héréditaire comme les lésions organiques qui la provoquent, et on la rencontre beaucoup plus souvent chez les individus du sexe masculin que chez les autres.

Chez le jeune enfant la cyanose résulte toujours de la gêne de la circulation veineuse, et du mélange des deux sangs causé par les diverses altérations organiques du cœur que j'ai indiquées précédemment, à propos des vices de conformation de cet organe. Ordinairement il y a seulement communication des oreillettes par le trou de Botal ou communication des ventricules. C'est le cas le plus ordinaire et qui est le mieux compatible avec l'entretien de la vie.

La cyanose s'annonce par une coloration bleuâtre des lèvres, de la face et des extrémités, puis la teinte bleue envahit toute la surface du corps, et augmente avec les cris et par les efforts de l'enfant. Les conjonctives sont injectées, les yeux proéminents ; la respiration calme mais gênée dans ses mouvements ; les battements du cœur assez forts, avec ou sans frémissements vibratoires et accompagnés de souffle plus ou moins prononcé.

D'après un médecin anglais, M. Peacock, sur 150 cas de lésion congénitale du cœur de tout genre, près de 70 consistaient en un rétrécissement plus ou moins considérable de l'orifice de l'artère pulmonaire. Sur ces 150 enfants 28 avaient dépassé quinze ans, et sur ces 28, 24 étaient atteints de cette stegnose. Il en résulte que, en cas de diagnostic d'une lésion congénitale, surtout si le malade est âgé de plus de quinze ans, on peut la supposer avec la plus grande probabilité dans l'artère pulmonaire. On entend alors à la hauteur du mamelon, entre lui et le sternum, un fort bruit systolique, qui se propage surtout dans la direction de cette artère, c'est-à-dire, de la base du cœur vers le milieu de la clavicule, et moins à la partie supérieure et à droite du sternum. Si ce rétrécissement est considérable, il est accompagné le plus souvent d'une perforation de la cloison inter-ventriculaire, et l'aorte reçoit son sang des deux ventricules. Alors il peut exister dans l'aorte ascendante un bruit systolique qui modifie les autres signes. Ordinairement dans ce cas, cette artère est très grande, et par sa vive réaction sur les valvules, il se produit pendant la diastole un second bruit clair, sensible surtout à la partie supérieure du sternum. A côté de ces symptômes on trouve ceux d'une hyper-

hie avec dilatation du cœur droit et souvent avec reflux veineux dans la laire.

orsqu'on a reconnu une coarctation de l'orifice de l'artère pulmonaire, on admettre en même temps une ouverture dans la cloison inter-ventricu- ou la non-oblitération du trou ovale, car l'une ou l'autre de ces deux ns coexiste presque constamment. L'auteur essaye de donner le moyen de ostiquer la première; mais ces signes ne sont que théoriques et très es; quant à la seconde, il dit ne connaître aucun moyen de la distinguer ivement, ainsi que les autres lésions congénitales (1).

uelquefois il y a de la dyspnée et de véritables accès de suffocation inter- nts, apparaissant d'une manière subite, ou quelquefois provoqués par agitation morale ou physique des enfants; il y a de la tendance aux fai- es et à la syncope; le sommeil est léger, souvent interrompu par des ls en sursaut; la chaleur est faible et la température abaissée à 33 et grés centigrades.

r un jeune enfant soumis à mon observation, les choses se présentaient que je viens de le dire; de plus, la main sentait à la région précordiale ble frémissement vibratoire sans que l'oreille entendît un souffle corres- nt bien manifeste. Ce bruit anormal resta douteux pour moi, et je ne avec le temps il se fût prononcé davantage, car l'enfant a succombé. Il ait pas d'ailleurs de matité à la région précordiale.

ERVATION. — Mon collègue Verneuil, agrégé de la Faculté de médecine, dressé une petite fille de cinq mois dont la cyanose et les accès de suffo- étaient parfaitement caractérisés, et il y avait, en outre, de la matité à on du cœur, un frémissement vibratoire intense, et un bruit de souffle à la , couvrant et suivant le premier bruit du cœur. A force de soins, et à l'aide régime végétal et lacté, l'enfant a vécu jusqu'à l'âge de cinq ans, elle resta u cyanosée, les accès de suffocation ayant presque disparu, mais le souffle rdial persista toujours. Elle est morte de fièvre typhoïde avec complication plexie pulmonaire. La nécropsie n'a pu être pratiquée.

cyanose des nouveau-nés qui résulte de l'embarras de la circulation vei- et du mélange des deux sangs, et qu'on peut appeler la *cyanose cardia-* doit être distinguée de la coloration bleuâtre des téguments qui survient uefois dans l'asphyxie par la bronchite capillaire ou catarrhe suffocant, s certaines maladies convulsives. Ces colorations bleuâtres constituent anoses accidentelles, peu marquées, généralement de courte durée, et désigne quelquefois sous le nom de *cyanose pulmonaire* et de *cyanose* *ulique*. Ces sortes de cyanoses ne ressemblent point à la *cyanose car-* Cette dernière vient graduellement, plus ou moins longtemps après la ; elle est permanente et augmente un peu tous les jours. La dyspnée as toujours, ou n'existe que par accès, et elle n'est jamais la consé- s mouvements convulsifs.

rnal f. *Kinderkrankheiten*. 1855, nos 5 et 6.

La cyanose des nouveau-nés doit donc être consi[illegible]rée comme un ph fort grave, eu égard à sa cause organique. Elle p[illegible]sage de nombreux pour l'avenir, une faiblesse de santé très grande, un état morbide c entrecoupé de palpitations, d'étouffements et de syncope avant d'arr tement à la mort. C'est, comme on le voit, un des plus inquiétant mènes qu'on puisse découvrir chez un individu. Cependant, si la pl sujets succombent de bonne heure, quelques-uns en petit nombre vivre; j'en ai vu un parvenir à l'âge de onze ans; il y en a qui vive vingt, trente et même cinquante-sept ans, d'après J.-P. Frank. O guérir, dit-on, à la suite d'une hémoptysie, mais ce cas est encore pl devait être interprété autrement qu'on ne l'a fait.

Peacock a cherché d'après les faits connus à établir les chances d des enfants atteints de cyanose d'après la nature des lésions congén cœur. Sans être arrivé à des résultats bien concluants, il y a dans se ches un intérêt considérable et je vais en donner le résumé :

Si l'irrégularité de structure du cœur est petite, par exemple, s'i qu'une ou deux petites ouvertures dans la cloison inter-auriculaire ventriculaire, elle est de peu d'importance. Il n'en est pas de même d contraire. Quand l'artère pulmonaire est atteinte d'une stegnose moye perforation de la cloison et sans autre anormalité, des contractions p giques du ventricule droit peuvent suffire pour vaincre la résistanc obstacle et amener une bonne santé. Dans le cas de Hamilton Roe d'un messager rural parvenu à l'âge de trente ans; dans celui de Graha un homme mort à quarante-quatre ans et qui avait travaillé jusque six avant la mort, soit comme batelier, soit comme ouvrier du chemin

Quand le trou ovale est ouvert, l'orifice de l'artère pulmonaire est rement plus rétréci que dans le cas précédent, la vie doit donc av de durée. Il existe néanmoins d'assez nombreux exemples d'une cert gévité. Ainsi 9 malades ont atteint l'âge de 15 ans et au delà; 4 au de 29, 34, 40, 57 ans.

Lorsque avec le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire il même temps une perforation de la cloison inter-ventriculaire, de l'aorte est plus ou moins en communication avec le ventricule droit, plus courte. De 49 malades de cette catégorie, 15 seulement ont dépas sur lesquels 2 ont atteint la 16e, 1 la 18e, 2 la 20e, 3 la 21e, 4 la 22e et 2 la 25e année.

Sur 29 cas où l'artère pulmonaire était oblitérée, 9 malades sont m le 3e mois, 2 entre le 3e et le 6e mois, 3 entre le 6e et le 12e, 3 e 2 ans, 2 à la 10e et 1 à la 12e année. Deux autres enfants sont mort au 11e 1/2 mois. Dans le cas de Ramsbotham, où l'artère était noté manquant tout à fait, elle existait, mais à l'état rudimentaire, et le m teignit la 16e année.

Quand le cœur ne consiste qu'en un ventricule avec une ou deux ore

la vie ne peut subsister [illegible] peu de temps. Dans 11 de ces cas à deux oreillettes, la mort est survenu[illegible] fois à la naissance, 1 fois au 2e, 1 fois au 11e jour; 4 fois la 6e, 10e, 17e et 21e semaine. Chose remarquable, les 4 autres devinrent âgés de 11, 16, 23 et 24 ans. Le malade du docteur Hare atteignit le 20e mois. Dans 5 cas à un ventricule et une oreillette, la vie ne s'est prolongée que jusqu'à la 78e, 79e heure, 7e, 10e jour, et 10e 1/3 mois; mais chez ces deux derniers, le cœur était plus développé que chez les autres.

Ces données ne peuvent être regardées comme loi ordinaire de la vitalité, parce que tous les malades qui ont dépassé le premier temps de la vie sont de véritables curiosités, bien reconnues, tandis que sur la foule d'enfants qui meurent à la naissance, ou peu de temps après, il en est certainement beaucoup d'atteints de ces lésions, mais ignorées, faute d'autopsie. La seule conclusion positive à en tirer est celle-ci : que la vie est d'autant plus courte, que l'obstacle à la circulation est plus considérable, et qu'il n'existe peut-être pas de lésion, quelque grave qu'elle soit, qui soit absolument incompatible avec une existence plus ou moins prolongée, même pendant des années.

Dans les autres lésions du cœur et des grosses artères qui en naissent, la vitalité dépend du degré et des complications de la lésion. Nous noterons seulement la transposition des artères aorte et pulmonaire, qui ne permet pas une longue durée de la vie. Sur 16 enfants ainsi conformés, 3 moururent dans la 1re, 1 dans la 2e, 1 dans la 3e semaine, 2 après 2 mois, 2 après 10 semaines, 1 après 5, 1 après 7, 1 après 10 mois; les 4 autres vécurent 15 mois, 2 ans 6 mois, 2 ans 7 mois et 2 ans 9 mois (1).

La cyanose des nouveau-nés qui dépend ainsi de la communication des cavités du cœur et du mélange des sangs, est une affection qui ne peut guérir qu'avec le temps, par suite des efforts de la nature, et si l'oblitération des ouvertures fœtales vient à s'effectuer. En conséquence, il n'y a lieu de lui opposer aucun traitement actif. Il convient seulement de régler le régime des enfants, de ne leur donner à teter que toutes les trois heures, de ne pas les tenir dans un lieu trop échauffé, de ne pas les agiter violemment, et s'ils vivent, de ne pas exciter leur joie par des moyens brusques et fatigants. Il ne faudrait cependant pas les laisser refroidir, car on sait qu'ils ont une grande tendance au refroidissement. Il faut en outre leur tenir le ventre libre à l'aide de légers purgatifs administrés à des intervalles peu éloignés.

CHAPITRE IV.

DE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR.

Cette lésion est fort rare chez les nouveau-nés; Billard en a rapporté deux exemples, sous le nom d'anévrysme passif du cœur. L'un fut recueilli chez une

(1) *Journal f. Kinderkrankheiten.* 1855, nos 5 et 6.

enfant de deux jours, morte avec une pneumonie, une dilatation énorme du ventricule droit, de l'oreillette droite, et une hypertrophie du ventricule gauche. L'autre exemple a été pris chez un enfant de cinq jours qui avait en même temps un anévrysme du canal artériel. Un cas entièrement semblable a été observé par Baron. L'hypertrophie du cœur a aussi été constatée par M. Cruveilhier sur un enfant de cinq jours, né au huitième mois de la grossesse. La maladie était congénitale. C'était un anévrysme des cavités du cœur avec oblitération de l'orifice de l'artère pulmonaire.

En voici un cas plus curieux encore observé à l'hôpital Saint-Antoine et a permis à l'enfant de vivre jusqu'à huit mois : c'est un exemple d'hypertrophie des ventricules avec communication des quatre cavités du cœur et déplacement de l'aorte, s'ouvrant dans les deux ventricules. Il a été recueilli par M. Thibierge dans le service de M. le professeur Grisolle.

Observation I. — Le nommé Joseph Paribel, âgé de huit mois, est entré le 22 mars 1854, au n° 8 de la salle Saint-Paul, et il est mort le 13 avril suivant.

Pendant les cinq premiers mois de son existence, il a été assez bien portant, prenait bien le sein, ne toussait pas, avait quelquefois des accès de suffocation. Depuis trois mois il a souvent de la dyspnée; les accès de suffocation se sont rapprochés ; il est survenu de l'émaciation.

Depuis le 22 mars, les digestions sont bonnes, l'enfant tette régulièrement.

Du 10 au 13 avril, il a eu une diarrhée verdâtre, abondante.

Le visage est habituellement pâle, l'enfant n'est point sujet aux syncopes, refroidissement des extrémités. Le pouls est fréquent, régulier; les battements du cœur sont fréquents, tumultueux; ils ne sont accompagnés d'aucun bruit de mal ; il n'y a pas de cyanose.

L'émaciation n'a pas augmenté. Presque tous les jours, sans cause apparente, l'enfant est pris d'accès qui durent de quelques minutes à une heure, et se caractérisés par une grande dyspnée, les battements du cœur très violents, coloration bleue du visage et des lèvres.

L'enfant meurt le 13 avril, à onze heures du soir, durant un accès de suffocation.

Autopsie, le 15 avril 1851, à neuf heures du matin.

Le cœur est très volumineux; il a 9 centimètres de la base à la pointe, 26 centimètres de circonférence à la base.

Les oreillettes et les ventricules sont distendus par des caillots. Les parois des oreillettes sont fort épaissies, celles des ventricules sont hypertrophiées, elles ont 1 centimètre d'épaisseur.

La cloison ventriculaire a 3 centimètres de haut et 15 centimètres d'épaisseur à la pointe du cœur.

En enfonçant un stylet dans la fosse ovale, il pénètre dans l'oreillette droite, opposé à l'orifice du trou de Botal qui a conservé un centimètre de diamètre.

La cloison ventriculaire va en diminuant d'épaisseur du sommet des cavités ventriculaires à leur base; elle cesse d'exister à 2 centimètres environ de la cloison inférieure des oreillettes, interceptant ainsi entre les deux ventricules un trou anormal de 2 centimètres de diamètre.

L'artère pulmonaire n'offre point d'altérations de ses valvules; elle est résistance d'une artère.

L'aorte à la base du cœur et à sa sortie du ventricule gauche a 15 centimètre; cette artère entre normalement dans le ventricule gauche.

A la suite du développement incomplet de la cloison ventriculaire, l'aorte se uve à cheval sur les ux ventricules. Elle correspond donc au ventricule uche d'une part, et d'autre part pénètre dans le ventricule droit en côtoyant la lvule tricuspide.

Les valvules sigmoïdes sont saines.

Les valvules auriculo-ventriculaires sont à l'état normal.

Le thymus est fort petit.

Les poumons sont refoulés ; ils sont un peu congestionnés, affaissés ; ils reprennt par l'insufflation leur volume et leur aspect normaux.

Toutes les hypertrophies du cœur dont je viens de parler sont le résultat de es de conformation, et ont leur point de départ dans la vie intra-utérine.

En voici une plus curieuse, et qui s'est développée probablement après la issance.

Observation II. — Une fille de huit mois et demi entra à l'hôpital Necker pour e pneumonie fort ancienne ; elle mourut au bout de huit jours.

Outre les nombreuses altérations du parenchyme pulmonaire, on trouva de mbreuses adhérences des plèvres, et le péricarde énormément dilaté pour conir le cœur, dont les dimensions étaient considérables.

Cet organe avait environ trois fois le volume du poing du sujet. Les parois du ntricule étaient fortement épaissies, et la cavité ventriculaire notablement diuée. Les orifices étaient libres.

Le ventricule droit ne présentait aucun épaississement de ses parois, ni aucune ération dans les diamètres de sa cavité. C'était donc, comme on le voit, une pertrophie concentrique du ventricule gauche.

Les symptômes qui pouvaient faire reconnaître cette affection étaient, d'une rt, la voussure énorme de la région précordiale, et le timbre des battements, i étaient assez forts, mais peu retentissants et assez éloignés de l'oreille. Ils aient d'ailleurs difficiles à entendre, tant à cause du bruit de la respiration e des mouvements et des cris de l'enfant, fort agité par l'exploration dont il ait l'objet.

J'ai vu, en 1855, un autre exemple d'hypertrophie du cœur à l'hôpital inte-Eugénie, chez un enfant de deux ans ; mais avec l'hypertrophie des ntricules existait un bruit de souffle au niveau de l'origine de l'aorte sans spnée, ni cyanose. C'était une hypertrophie avec rétrécissement de l'orifice tique dont je ne pus découvrir ni l'âge ni la cause occasionnelle.

CHAPITRE V.

DE LA PÉRICARDITE.

L'inflammation du péricarde est plus commune que les autres inflammais du cœur chez les jeunes enfants. Elle n'est pas moins difficile à constater ndant la vie. On ne la reconnaît guère que sur le cadavre.

Elle est assez commune chez les enfants plus âgés et se montre alors d'une on *primitive* ou d'une façon *secondaire* dans le rhumatisme articulaire u. On peut dire alors que le rhumatisme se porte à l'intérieur et se fixe sur

le cœur de même qu'il peut se placer sur les méninges et donner lieu à un rhumatisme cérébral.

Billard, qui a vu sept péricardites bien caractérisées, considère cette maladie comme le résultat de l'activité plus grande survenue dans les fonctions du cœur lors de l'établissement de la circulation indépendante. J'en ai vu une chez un enfant d'un mois mort d'érysipèle et de péritonite. M. Thore en a observé un autre dans des conditions à peu près analogues, l'enfant avait, en même temps, une péritonite et une double pleurésie.

Quand la péricardite est exempte des complications que je viens d'indiquer, quand elle existe seule, les enfants, d'après ce que dit Billard, paraissent éprouver de vives douleurs, ils ont le cri pénible, la respiration gênée et quelquefois suffocante; la figure est grippée; les muscles de la face semblent se contracter continuellement. Quelquefois des mouvements convulsifs viennent agiter les membres.

Malgré ces phénomènes, Billard convient, avec raison, qu'il est difficile de reconnaître la péricardite des nouveau-nés. Le pouls, la percussion et l'auscultation ne fournissent point de caractère spécial; et comme les enfants meurent très rapidement, c'est seulement à l'autopsie que le diagnostic peut être formulé.

Chez les enfants plus âgés le diagnostic est plus facile, car les symptômes sont ceux de la péricardite chez l'adulte. On observe alors un bruit de frottement assez prononcé, puis l'affaiblissement des bruits du cœur, leur extinction, leur disparition lorsqu'il y a épanchement et alors une matité péricardiale très étendue.

Sur les enfants qui meurent, on trouve dans le péricarde un épanchement séro-albumineux et sanguinolent, des flocons blanchâtres adhérents à la face du cœur et des brides très légères entre les deux feuillets de l'enveloppe de l'organe.

Le péricarde et la surface du cœur sont le siége d'une injection plus ou moins considérable, de pétéchies nombreuses et de fausses membranes adhérentes, quelquefois très compactes.

C'est une maladie très grave et qu'on a tout lieu de croire toujours mortelle chez les nouveau-nés, mais à une époque plus avancée de la vie elle guérit très aisément.

Des ventouses sèches à la région du cœur, des vésicatoires successifs, le sirop de digitale, le repos au lit et la diète lactée sont les moyens à employer.

CHAPITRE VI.

DE LA SYNCOPE CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE.

La syncope est un accident assez rare chez les enfants à la mamelle et beaucoup plus fréquent chez les enfants plus avancés en âge.

C'est la perte de connaissance et de mouvement accompagnée de pertes et de diminution de force et de fréquence des battements du cœur.

Quelques personnes disent que la syncope est la cessation complète des battements du cœur: elles se trompent et soutiennent une grande erreur physiologique. La *cessation complète et prolongée des battements du cœur*, c'est la mort. En effet, d'après les nombreuses expériences que j'ai faites et qui ont été contrôlées par une commission [illegible] Bouchut, l'*absence prolongée des bruits du cœur pendant cinq minutes sur chacun des points où l'on peut entendre ces bruits est un signe immédiat et certain de la mort* (1). Soutenir qu'on peut vivre sans mouvement du cœur, c'est évidemment ne pas réfléchir sur les conditions mécaniques indispensables de la vie. Je ne l'ai jamais vu et ceux qui observent avec soin ne l'ont pas vu davantage.

Dans la seconde enfance la syncope est assez commune et j'ai connu beaucoup d'enfants chez lesquels s'est produit cet accident sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux. Elle offre tous les caractères de la syncope de l'adulte et se passe de même en quelques minutes.

Chez les enfants à la mamelle la syncope est tellement rare qu'elle n'a pas été décrite dans les ouvrages consacrés aux maladies de l'enfance. Zwinguer, médecin de Bale au XVIIIe siècle, est le seul qui en ait parlé avec de suffisants détails, mais sa description était oubliée lorsqu'elle a été remise en mémoire par M. Marotte en 1853.

Dans une communication faite à la Société de médecine des hôpitaux, M. Marotte qui venait d'observer un cas de syncope que nous allons raconter, attribua cet accident à la présence de phlegmes contenues dans l'estomac, d'entozoaires, et à des terreurs subites. D'autres confrères, MM. Vigla, Barthez, Delasiauve, Devergie, déclarèrent à cette occasion en avoir observé des exemples, et dans un cas rapporté par M. Devergie, la mort en fut la conséquence.

Voici l'observation de M. Marotte :

Observation. — Il s'agit d'une petite fille de cinq mois et demi, qui fut prise tout à coup, le 8 mars de cette année, et pendant son sommeil, d'une grande pâleur envahissant toutes les parties visibles du corps. La respiration et le pouls s'étaient suspendus; les bras étaient tombés inertes le long du corps. La grand'mère, sur les genoux de laquelle elle reposait, l'avait fortement agitée, et après quelques instants la connaissance était revenue après une transpiration rapide. Quelques régurgitations de lait caillé et une garderobe abondante avaient accompagné ce retour à la vie.

L'enfant était à peine rendormie depuis cinq à six minutes, que la même scène s'était renouvelée, avec des symptômes moins effrayants et moins durables cependant que la première fois.

Les deux jours suivants, deux syncopes se manifestèrent vers la même heure et avec des symptômes à peu près identiques.

Le vendredi, quatrième jour, les deux syncopes se montrèrent à l'heure accoutumée ; mais à dater de cette époque cessa la régularité de retour et de nombre qui avait été si remarquable jusqu'alors. Si, pendant deux ou trois jours encore,

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort*. Paris, 1849, in-12.

deux syncopes eurent lieu entre dix heures et midi, celles qui survinrent dans la matinée les jours suivants, avancèrent ou reculèrent sans règle fixe. Les symptômes lipothymiques se multiplièrent et parurent aussi bien la nuit que le jour. On observa tous les degrés de la syncope depuis la simple pâleur, depuis le ralentissement et l'inégalité de la respiration, depuis la lenteur et l'intermittence du pouls jusqu'à la perte complète de connaissance.

Il n'y eut pas de variation sensible dans la marche des accidents pendant les douze premiers jours ; à dater de cette époque, ils commencèrent à diminuer en nombre et surtout en intensité.

Deux circonstances capitales ont coïncidé constamment avec les syncopes à différents degrés : le sommeil et des troubles intestinaux.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation a toujours eu des chairs transparentes et peu colorées. Dès l'âge de six semaines des vésicules de *porrigo larvalis* se sont manifestées sur le visage, et, depuis lors, l'éruption a présenté des alternatives d'augmentation et de diminution, sans disparaître entièrement. Les troubles digestifs, dus à diverses circonstances ont succédé, à l'engorgement des seins de la mère, à un catarrhe suffocant traité par les évacuants ; à la nourriture artificielle, etc.

Ajoutons à ces renseignements un fait qui a jeté un moment de l'incertitude sur les causes véritables des accidents lipothymiques. A la suite du catarrhe suffocant, la petite malade avait eu des accès bien tranchés de fièvre intermittente double, tierce, et pendant les huit ou dix jours qui avaient précédé la première syncope, la grand'mère avait positivement remarqué que les nuits étaient moins bonnes, et que, sur le matin, l'enfant était couverte, contre son habitude, d'une sueur plus ou moins considérable ; aussi, avait-elle demandé s'il n'y avait pas lieu à donner de nouveau une préparation de quinquina.

La première pensée de M. Marotte fut celle d'une fièvre larvée, et le quinquina fut conseillé *intus* et *extra* ; mais ce médicament, n'ayant eu d'autre résultat que de déranger la périodicité, il devint évident que les accidents lipothymiques étaient entretenus par une cause plus profonde. L'état d'anémie était la cause prédisposante des syncopes dont les troubles digestifs, coliques, borborygmes, évacuations alvines, devenaient les causes occasionnelles. Un régime plus réparateur et quelques médicaments appropriés à l'état des voies digestives, étaient donc indiqués. Ils ont eu le résultat qu'on en espérait ; c'est-à-dire que les voies digestives ont rempli leurs fonctions d'une manière plus régulière et que l'état de syncope a disparu dans la même proportion.

Ce cas de syncope est fort curieux et appelle l'attention sur d'autres cas semblables observés dans la pratique par plusieurs de nos confrères.

On y voit une perte de connaissance et de mouvement répétée à plusieurs reprises, avec pâleur sans aucune espèce de mouvements convulsifs, ni respiratoires durant quelques minutes et disparaissant sans laisser de traces. C'est aussi la forme sous laquelle cet accident a été observé par MM. Barthez, Delasiauve et Devergie, seulement dans le cas rapporté par M. Devergie la syncope a été suivie de mort.

La syncope peut être confondue avec les *convulsions internes* ou certains états convulsifs mal caractérisés de nature spasmodique simple ou épileptique. Dans la syncope, il y a une pâleur qui n'existe pas dans l'état convulsif et la [illegible]lution complète des membres qui s'y trouve la sépare des convulsions.

du strabisme, de la roideur des membres ou des secousses cloniques con-
ves.

syncope chez les enfants à la mamelle n'est généralement pas un acci-
grave et après quelques minutes elle se termine par le retour à la vie. Elle
se reproduire assez souvent chez quelques-uns d'entre eux. Dans quel-
cas, pendant la syncope des caillots se forment dans le cœur, et, empêchant
tour de ses fonctions, produisent la mort. C'est à cette cause qu'il faut
buer un certain nombre de cas de mort subite observés chez les enfants.

syncope est évidemment un spasme du cœur, une convulsion de cet or-
en rapport avec un trouble subit, sympathique ou autre du système
eux.

ontre cet accident si l'on a le temps d'agir il faut exciter le vomissement
les barbes d'une plume, avec de l'émétique, ou avec la poudre d'ipéca-
lha.

es lavements de sel gris, de tartre stibié 10 centigrammes, ou de séné doi-
être donnés.

es frictions sèches doivent être faites sur la région du cœur, ainsi que la
ellation des fesses, l'insufflation de bouche à bouche ou avec la sonde la-
gée.

L'enfant doit être mis au froid, à l'air, devant une fenêtre et il faut lui faire
pirer des sels, du vinaigre, un peu d'ammoniaque affaiblie, etc.

L'électricité, enfin, si l'on a près de soi un appareil, pourra être avantageu-
ment employée pour exciter les mouvements respiratoires du diaphragme.

Dans le cas où la syncope se reproduisant à diverses reprises offrirait de la
riodicité et pourrait faire croire à l'existence d'une *fièvre larvée*, il faudrait
ployer le quinquina et le sulfate de quinine.

LIVRE VIII.

DES MALADIES DE LA BOUCHE.

CHAPITRE PREMIER.

DES MALADIES DES LÈVRES.

§ I. — Adhérence des lèvres, coarctation de la bouche.

L'absence de la cavité buccale, *astomie*, a été observée par M. Laroche
ns les cas où les os de la face sont arrêtés dans leur développement et sur-
ut lorsque manque la mâchoire inférieure. C'est une difformité incurable,
l'enfant qui la porte ne tarde pas à succomber.

Quelquefois, il y a, au lieu de la bouche, une petite ouverture irrégulière qui pourrait à peine admettre un tuyau de plume. La cavité buccale est régulièrement conformée et l'adhérence des lèvres est la seule cause de son occlusion. C'est un travail morbide accompli dans le sein de la mère, plus ou moins longtemps avant la naissance.

Si l'adhérence est épaisse, il faut, par une incision dirigée convenablement, faire une bouche artificielle, et l'opération réussit s'il n'y a pas rétrécissement et induration des lèvres.

Quand la bouche est bien conformée, les lèvres molles, souples et seulement réunies par de minces adhérences, une simple incision avec les ciseaux doit suffire pour rétablir l'orifice de cette cavité.

§ II. — Bourrelet muqueux de la lèvre.

Une disposition congénitale des lèvres qui se montre surtout à la lèvre supérieure est caractérisée par la présence d'un bourrelet muqueux situé à la face interne de ces parties.

Ce bourrelet ovale, dirigé transversalement, faisant une saillie plus ou moins considérable, ne paraît qu'au moment de l'ouverture de la bouche, ce qui est fort disgracieux. Ce bourrelet donne du volume aux lèvres, les expose à la gerçure et à l'ulcération sous l'influence du froid de l'hiver. Il ne faut pas le laisser, et il faut conseiller aux parents son ablation par l'instrument tranchant.

Le procédé d'ablation est fort simple. Il faut attendre l'âge de six à sept ans pour le mettre en usage. Avec des ciseaux courbes sur le plat on fait une excision du bourrelet pendant qu'un aide tient la lèvre écartée, puis on met sur la plaie de la charpie, imbibée d'eau hémostatique de Tisserand, de Brocchieri, avec une faible solution de perchlorure de fer.

§ III. — Bec-de-lièvre.

On donne le nom de bec-de-lièvre à la division congénitale des lèvres. C'est un vice de conformation. Il y a cependant un bec-de-lièvre accidentel qui résulte de ce que les bords d'une division traumatique des lèvres se sont cicatrisés isolément chacun de son côté. Je n'en parlerai pas ici, car je ne veux m'occuper que du bec-de-lièvre congénital, lésion très fréquente chez les nouveau-nés.

Le bec-de-lièvre congénital est le résultat de causes très obscures dont l'action est fort hypothétique. Il peut être la conséquence d'une impression morale vive. Ainsi M. Moulin rapporte qu'une femme enceinte de quatre mois et demi fut vivement frappée de la vue d'un lièvre écorché en sa présence par son mari. Pendant les derniers mois de sa grossesse, son imagination lui représentait ce lièvre écorché, et elle ne doutait pas que son enfant ne fût affecté

n bec-de-lièvre. Elle l'affirmait à son médecin, et sa prédiction fut vérifiée l'événement. M. le professeur Roux a observé un fait entièrement semble.

Le bec-de-lièvre est quelquefois héréditaire ; Blandin et MM. Morel et narquay en ont rapporté des exemples.

Quoi qu'il en soit de ces influences générales ou héréditaires, si l'on se demande en définitive quelle est la cause de cette division des lèvres, on voit il faut la rechercher dans les évolutions du fœtus aux divers âges de la vie a-utérine. La force de croissance qui préside à la disposition des parties, à juxtaposition et à leur réunion entravée dans son effort cesse d'agir, et lèvres formées par trois points d'accroissement, un médian et deux latéx, que cette force pousse à la fusion, restent séparées, de manière à imiter bec d'un lièvre. Quand la réunion ne se fait pas du tout, le bec-de-lièvre double ; quand elle a lieu entre deux de ces points seulement, le méu et un latéral, le bec-de-lièvre est unique et se trouve sur le côté de la che.

M. Velpeau et M. Cruveilhier n'acceptent pas cette théorie de la formation bec-de-lièvre, par un arrêt de la force initiale chargée de la disposition des sus. Ils croient que le bec-de-lièvre est tout simplement le résultat d'une ladie intra-utérine des lèvres qui amène la division de ces parties.

Le bec-de-lièvre congénital présente plusieurs dispositions anatomiques. abord la division est toujours placée à la lèvre supérieure. Il n'y a que deux ceptions à cette règle, rapportées par Christophe Seliger et Nicati. Elle n'inesse ordinairement que les lèvres, c'est le *bec-de-lièvre simple ;* ou bien division est *unique et latérale ;* ou bien elle est *double.* Dans le premier la division existe au-dessous de la narine droite ou gauche; dans le seud, il y a au-dessous de chaque narine une section qu'un tubercule cutané bare.

Dans d'autres circonstances, la division des lèvres est accompagnée d'une ision des os maxillaires et de la fissure du voile du palais; c'est ce qu'on pelle le *bec-de-lièvre compliqué.*

1° Le *bec-de-lièvre labial* est complet ou incomplet. La fente s'élève plus moins haut jusque dans la narine. Quand la division est unique, elle est ajours latérale et forme un écartement considérable, ouvert par en bas et nt les angles arrondis sont entraînés par les muscles de la lèvre, et laissent r les dents et les gencives. Les lèvres sont assez ordinairement atrophiées, is sans perte de substance réelle, quoiqu'on ait longtemps pensé le conire.

and le bec-de-lièvre est double, n'intéressant toujours que la lèvre, i est divisée en trois portions, une médiane et deux latérales. Il y a divisions qui descendent de chaque narine et qui sont séparées par un cule médian plus ou moins volumineux et abaissé. La difformité se reente assez par la forme d'un Y. Un des enfants que j'ai opérés à l'hôpital

Necker présentait cette disposition. Les bords de la division buccale sont ar rondis et atrophiés. Le nez est quelquefois aplati, déformé quand la fente monte jusque dans la narine.

Les becs-de-lièvre simple, *unique et double*, durent autant que les individus et entraînent avec le temps la déformation de l'os maxillaire, qui se redresse et qui permet aux dents incisives de faire saillie en avant.

2° Le *bec-de-lièvre congénital compliqué* peut être unique ou double comme le précédent.

Il peut y avoir, en même temps que la division labiale, division de l'une des ailes du nez, séparation de la voûte palatine, soit en avant seulement, soit dans toute son étendue ; séparation de la voûte palatine et du voile du palais, saillie acquise ou congénitale des os sur lesquels s'appuie la lèvre malade du tubercule médian ; enfin absence de la voûte palatine et de l'os vomer.

La complication la plus ordinaire, et celle contre laquelle le chirurgien peut quelque chose, est la suivante. La division de la lèvre existe aussi sur l'os maxillaire. C'est un écartement d'un côté de l'os intermaxillaire ; si la même chose se répète de l'autre côté, les deux divisions représentent un V dont l'ouverture est tournée en avant et dont l'angle correspond au trou palatin antérieur. Ces deux divisions se réunissent quelquefois en une seule qui parcourt la ligne médiane. La portion dure du palais est alors séparée en deux moitiés jusqu'au voile qui peut lui-même être séparé en deux. La bouche communique alors avec les fosses nasales par une fente qui va des lèvres au pharynx. Quelquefois, les fentes sont confondues sur le devant, et le tubercule médian a disparu ; c'est ce qui constitue la *gueule de loup*.

Le bec-de-lièvre labial a l'inconvénient de gêner la prononciation, et empêche l'expression des consonnes dites explosives, le *b* et le *p*, le *v*, le *f*, l'*m*, etc. ; il a surtout l'inconvénient de gêner les mouvements de succion. Le *bec-de-lièvre compliqué* empêche la mastication et la déglutition en favorisant le passage des liquides dans les fosses nasales. C'est une difformité qu'il faut enlever le plus tôt possible.

Traitement.

Le traitement du bec-de-lièvre consiste dans une opération chirurgicale facile à pratiquer. Dionis, Garengeot, Boyer et Sanson ne voulaient pas qu'on s'occupât du bec-de-lièvre avant l'âge de six ou sept ans ; d'autres veulent qu'on l'opère un peu plus tôt ; quelques-uns enfin au nombre desquels se trouvent Busch, M. Bonfils, et plus récemment M. Paul Dubois, conseillent de pratiquer l'opération le plus tôt possible, dès le premier ou le second jour après la naissance. Dans un mémoire plein d'intérêt, M. Dubois (1) a traité cette question de pratique en démontrant qu'on n'avait rien de plus à en

(1) *Mémoire sur le bec-de-lièvre et le moment le plus opportun pour l'opérer* (Mém. de l'Acad. de méd. Paris, 1845, t. X, p. 760).

'opération faite à cet âge qu'à une époque plus avancée, et qu'on remé- alors plus facilement difformité du bec-de-lièvre. Comme l'opération ait que diminuer sans empêcher les mouvements de succion nécessaire à aitement, beaucoup de chirurgiens sont aujourd'hui d'avis d'opérer aus- après la naissance.

usqu'ici l'opération immédiate du bec-de-lièvre n'a guère été faite que des becs-de-lièvre sans complication. En doit-il être de même dans les de complication? Oui, certainement. Ainsi, MM. Danyau et P. Dubois réussi dans un cas où il y avait bec-de-lièvre simple avec division de la ié antérieure de la voûte palatine. Un médecin de l'Oise, M. Bourdon, fait autant dans un cas de bec-de-lièvre congénital double avec scissure onde de la voûte palatine, qui rendait l'allaitement impossible. On avait coup de peine à faire boire l'enfant à la cuiller ; les liquides étaient en de partie rejetés hors des lèvres. L'enfant n'avait que quelques jours qu'il fut présenté à M. Bourdon, et il a été opéré quatre jours après la sance. Les bords de la division labiale, rendus saignants par une incision, été réunis par la suture entortillée. Les premiers fils ont été retirés au de vingt-quatre heures et remplacés par d'autres fils moins serrés que premiers. Ce pansement a été renouvelé chaque jour jusqu'au retrait des gles, en diminuant de plus en plus la constriction. Les épingles n'ont été ées que lorsque la cicatrice a paru assez solide. L'opération n'a déterminé n accident et a été couronnée d'un plein succès. Un de mes amis, Guiet, a également réussi dans un cas bien plus grave, chez un enfant té du bec-de-lièvre double, et compliqué d'un côté par la division en- de la voûte et du voile du palais. L'opération n'a été faite qu'au vingtième ; on a été obligé d'y revenir à deux fois, à cause du décollement d'une sutures, et cependant la voûte s'est réunie, ainsi que la partie attenante voile du palais dans une petite étendue.

n conséquence, je crois qu'il n'y a pas à hésiter : unique ou double, com- ué ou non, le bec-de-lièvre doit être opéré dans les vingt-quatre heures suivent la naissance.

pération. — Quand on se décide à opérer après la naissance, il est bon apêcher les enfants de dormir assez longtemps avant qu'on les opère pour mmédiatement après ils puissent s'endormir.

'opération se compose de deux temps, l'avivement et la réunion.

avivement s'opère avec des ciseaux disposés dans ce but. L'opérateur se vis-à-vis de l'enfant, assis devant un aide qui tient la tête, refoulant les s en avant, de manière à comprimer les artères faciales sur le maxillaire rt des masséters.

sit l'angle de la division des lèvres avec une pince à dents de rat, puis coup de ciseau il enlève d'un coup, de bas en haut, le bord rouge de la tion de continuité jusqu'au delà de son angle supérieur. Il fait de même le côté opposé, en ayant soin de rejoindre la première incision. Il enlève

ainsi un double lambeau anguleux qui avive les bords de la division du b
de-lièvre. Il doit avoir soin d'exciser juste sur le point de réunion de la p
et du bord rouge de la solution de continuité.

Une fois l'avivement terminé, le chirurgien doit réunir les bords de
plaie aussi complétement que possible. On y arrive à l'aide d'épingles
de fils.

Une première épingle ordinaire, ou une épingle spéciale, doit être p
en bas de la division, près du bord libre des lèvres. Elle traverse à un d
centimètre au moins du bord avivé, et dirigée obliquement, elle doit sortir
de la muqueuse; puis rentrant du côté opposé sur le bord de la muqu
elle doit sortir sur la peau à un demi-centimètre de distance du bord de la
sion. Une anse de fil est jetée sur les deux bouts de cette épingle et con
un aide. On place la seconde épingle immédiatement au-dessous de l'
supérieur de la plaie, et si une troisième épingle semble nécessaire, on la
au milieu des deux autres.

Les épingles doivent être placées dans une direction parallèle.

Quand les aiguilles ou les épingles sont placées, on met le fil de manière
embrasser chaque aiguille, et à faire sur chacune une suture entortillée
fil doit passer d'une aiguille à l'autre en faisant des détours, ce qui permet
couvrir toute la plaie. On noue enfin le fil sur l'épingle supérieure; on c
ensuite avec des ciseaux la tête et la pointe de ces épingles.

Il ne faut pas trop serrer les fils; mais il est nécessaire qu'ils maintien
exactement les bords de la plaie.

Quelques chirurgiens mettent leurs épingles en traversant perpendicu
ment toute l'épaisseur de la lèvre, afin de ne pas laisser de corps étranger
le tissu à réunir. C'est une modification qui peut être utile. D'autres m
un fil sur chaque épingle, de manière à isoler chaque point de suture.
toujours ainsi que j'ai opéré.

Après l'opération, quelques personnes conseillent de mettre un bandage
tour de la tête, afin de tenir sur les joues une pelote destinée à les comp
et à les pousser en avant. Ce moyen, utile dans la seconde enfance, est p
nuisible chez le nouveau-né. On peut ne mettre aucun bandage, et lais
choses telles que les a faites la suture entortillée. Cependant je suis
d'empêcher le tiraillement de la plaie par le moyen suivant. On applique
chaque joue une pièce carrée de sparadrap dont le bord antérieur est
par des anses de fil; celles d'un côté passent dans celles de l'autre;
croisent sur les lèvres, entre les aiguilles, et leurs extrémités sont fi
bonnet de l'enfant.

L'enfant doit être surveillé nuit et jour, et il faut éviter de le faire ri
ou pleurer. On pourra lui donner un calmant pour le tenir assoupi.
pour aliment que le lait du sein de sa nourrice ou le bout de sein
L'adhérence des lèvres de la plaie ne se fait qu'au deuxième jour,
re le troisième ou le quatrième pour retirer les épingles. C'est

érieure qui doit être retirée la première ; on peut la retirer au troisième ; la seconde est retirée au quatrième, et la troisième le cinquième jour. r retirer les épingles ou les aiguilles, on les fait tourner sur leur axe, et es tire à soi. Les fils restent collés sur la plaie, et servent d'agglutinatif ; il les laisser en place jusqu'à ce qu'ils tombent spontanément. Quand on les épingles, un aide doit tenir les joues un peu en avant ; car un cri de fant pourrait tout désunir. Après l'extraction des épingles, on met une delette agglutinative sur les lèvres comme s'il s'agissait d'une plaie ordi- e. Au bout de huit à dix jours, la cicatrisation est complète et ne peut plus étruire.

uand le *bec-de-lièvre est double*, le procédé est le même, et dans la même ce on fait les deux opérations. On avive les bords de la solution de con- ité et les bords du tubercule médian, à moins qu'il ne soit trop petit, cas el on l'enlève, puis on met les épingles et les fils comme dans le bec-de- e latéral unique.

bec-de-lièvre compliqué de la division du palais ne s'opérait pas au- is. On le croyait incurable. C'est une erreur. La réunion des lèvres qu'on nt à l'aide d'une opération agit comme moyen légèrement compressif des t la séparation des deux maxillaires, fût-elle même large d'un doigt, finit disparaître.

opération se pratique de la même manière que pour le bec-de-lièvre le. Cependant, si l'on opère un enfant plus âgé et pourvu de dents pla- assez mal pour nuire au rapprochement de l'os, il faut les extraire.

ans le *bec-de-lièvre compliqué double*, l'os intermaxillaire et le tubercule an font quelquefois une saillie considérable. L'opération doit avoir pour e réunir les lèvres et de refouler en arrière ou de remettre à sa place l'os laire trop saillant.

te opération ne doit pas être faite sur le nouveau-né, il faut attendre ou trois ans.

trefois on enlevait le tubercule médian et l'on réunissait les parties laté- Desault comprimait ce tubercule pour corriger la difformité, et Gensoul qu'on l'efface en refoulant brusquement en arrière l'os intermaxillaire ne fracture du pédicule. Ce sont des méthodes qu'il ne faut pas em- r.

ndin, pour ramener l'os maxillaire à sa place et pour compléter l'ar- lentaire, a proposé de reséquer derrière les os incisifs une pièce trian- e de la cloison osseuse. En enlevant ainsi à cette lame la plus grande de sa résistance, il fixe à l'avance l'endroit où doit s'achever par une re facile la solution de continuité. On prend des ciseaux ou des cisailles t la force du sujet, et l'on fait une section en V ouvert en bas, dont s'avance très haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison ou du nez. tion doit être proportionnée à l'étendue dont il convie les os intermaxillaires. Après cette résection une ba

sale de diachylon mise sur la lèvre remet en pla[illegible]e tubercule méd[illegible]
lèvre et du palais. S'il y a des dents et qu'elles [illegible]soient pas à leur p[illegible]
les fixe aux molaires à l'aide d'un fil d'or.

On attend ensuite quelques jours pour [illegible]rminer l'opération ; au b[illegible]
deux ou trois jours on avive les lèv[illegible]s à la fente labiale, on place les [illegible]
et la suture comme dans l'opération ordinaire du bec-de-lièvre la[illegible]
pourvu de complication.

Le danger de cette opération est dans l'hémorrhagie qui accomp[illegible]
premiers temps. Voilà pourquoi dans cette variété de bec-de-lièvre il [illegible]
pas opérer de trop jeunes enfants qu'une perte de sang peut faire fac[illegible]
périr. Il y en a plusieurs qui ont ainsi succombé, un entre autres [illegible]
mains de Dupuytren. En cas d'hémorrhagie, quand on voit le ram[illegible]
fournit le sang, il faut le tordre ou le cautériser.

Dans le premier temps de l'opération, il y a encore à craindre d[illegible]
dents trop intenses de phlegmasie ; alors il faut attendre que cette in[illegible]
tion locale soit dissipée pour entreprendre le deuxième temps, c'est-à[illegible]
réunion de la fente labiale. Dans un cas opéré par Blandin, un érysip[illegible]
vint et l'on attendit vingt-sept jours pour commencer l'avivement du [illegible]
lièvre. En résumé, ramener en arrière le tubercule médian, et deu[illegible]
après, s'il n'y a pas d'inflammation, achever par la suture des lèvres, [illegible]
mode opératoire du bec-de-lièvre double compliqué de double divi[illegible]
voile du palais.

Aphorismes.

181. Les becs-de-lièvre *simple* ou *compliqué* de la division p[illegible]
unique et double, doivent être opérés dans les premiers jours de la na[illegible]

182. Un bec-de-lièvre ainsi opéré à une époque très rapprochée de [illegible]
sance guérit toujours avec une difformité moindre que celle des op[illegible]
tardives.

CHAPITRE II.

DES MALADIES DE LA LANGUE ET DU VOILE DU PALAIS.

§ I. — Vices de conformation de la langue.

La langue peut être le siége de vices de conformation assez nombre[illegible]
peut manquer. Elle peut être trop volumineuse, ou enfin elle adhè[illegible]
voûte ou au plancher de la bouche.

Absence congénitale de la langue. — La langue ne manque entiè[illegible]
que dans les cas d'absence de la face. En toute autre circonstance elle [illegible]
l'état rudimentaire, sous forme d'un tubercule plus ou moins gros e[illegible]
rent au plancher de la bouche. C'est la portion libre de la langue q[illegible]
défaut. Selon le degré de cette difformité, la succion est plus ou moi[illegible]
chée ainsi que la déglutition, et plus tard la phonation, si les enfants

t. Cependant de Jussieu a vu à Lisbonne une fille âgée de quinze ans, née langue et qui n'avait dans la bouche qu'un tubercule élevé de 3 ou 4 li- en forme de mamelon. Elle jugeait des saveurs ; la mastication et la utition étaient un peu difficiles selon les aliments ; la déglutition des ides avait lieu sans peine, pourvu que la quantité à ingérer à la fois ne pas trop considérable ; elle crachait facilement et parlait avec la plus de netteté.

'autres faits d'absence de la langue à la suite de gangrène dans le cours variole ont été observés chez des enfants par Aurran et Bonamy, et après randes difficultés on a vu la succion, la déglutition et la phonation s'exercer nouveau, incomplétement sans doute, mais d'une manière suffisante à omplissement des fonctions de nutrition et de relation.

out le monde connaît d'ailleurs ce fait de A. Paré (1), où l'on voit un vidu dont la langue fut coupée rester muet pendant trois ans, et enfin voir prononcer quelques mots en mettant un petit morceau de bois mobile sa bouche.

Hypertrophie de la langue. — Quelques enfants naissent avec une hyper- hie considérable de la langue qui remplit la bouche, sort à travers l'ori- et empêche l'allaitement. Maurant en a rapporté un exemple, mais il y t, dans ce cas, une tumeur de la langue qui contribuait à augmenter son me.

illeurs il n'y a qu'une hypertrophie légère, et saillie de la langue sous les des dentaires.

n fait prendre aux enfants l'habitude de rentrer la langue en y mettant, que fois qu'elle se montre, un peu d'alun ou de poivre. Cela évite les mor- s de l'organe et son accroissement ultérieur.

faut en même temps donner aux enfants une nourrice pourvue de gros s de sein afin d'éviter à la langue un mouvement d'élongation trop con- able. Si l'on n'a pas de nourrice ainsi conformée, il faut recourir à un ron dont le bout serait de gros volume.

nfin si l'hypertrophie est trop considérable, et qu'il y ait inconvénient à r la langue en pareil état, on peut pratiquer l'excision et mieux la liga- partielle.

ici un cas dans lequel l'excision a été faite avec succès par le professeur co (de Madrid).

SERVATION I. — *Hypertrophie congénitale.* — Un enfant de trois ans, Jean riego, robuste, fut admis à l'Hôpital général de Madrid, salle Sainte-Barbe, le 20 août 1860, avec la difformité suivante : la bouche, constamment rte, donnait issue à un prolongement de la langue de vingt lignes d'étendue, s la pointe jusqu'au bord libre des lèvres, lequel tombait sur la lèvre infé-

Œuvres complètes, nouvelle édition, publiée par J.-F. Malgaigne. Paris, 184 p. 608.

rieure et s'étendait tellement lorsqu'on demandait à l'enfant de tirer la la que cet aspect était horrible. Les dents incisives, canines de la mâchoire rieure étaient déchaussées et déjetées en avant, formant une espèce de ca se plaçait la langue et où coulait continuellement la salive. Cette partie rieure libre était plus consistante qu'à l'état normal; elle avait aussi une et une humidité spéciales, et parfois elle était couverte de croûtes jau Malgré cette difformité, l'enfant mangeait toute espèce d'aliments, et il curieux de voir avec quelle habileté il les plaçait entre les molaires pour la turer, sans que la langue, qui paraissait devoir être meurtrie par les inci en souffrît la moindre atteinte.

Pour y remédier, l'enfant, placé sur les genoux d'un aide, les mâch tenues écartées par des bouchons de liége, la langue tenue d'une part p fil passé de haut en bas au centre de la langue, à deux lignes en arrière de où devait se faire la section et dont les extrémités furent ramenées à d d'autre part des pinces courbes entourées de linge et pénétrant dans la b par la commissure gauche, l'opérateur saisit de la main gauche l'extrémité de la langue enveloppée d'une compresse, et de la droite, armée de ci courbes, il excisa d'un seul coup la moitié gauche, en divisant d'arrière en et de dehors en dedans, et de même la moitié droite en divisant dans le opposé, soit une incision double en forme de V, avec le sommet en avant. morrhagie fut facilement contenue. Opérée le 26 août, l'enfant pouvait m sans difficulté dix jours après et quittait l'hôpital (1).

§ II. — Adhérences congénitales de la langue.

La langue présente des adhérences : 1° avec le palais, ce qui est très 2° avec le plancher inférieur de la bouche ; 3° avec les parties latéra l'arcade alvéolaire ; 4° par son extrémité sur la ligne médiane au mo frein, c'est ce qu'on appelle le *filet*.

Au-dessous de la langue existe un repli membraneux fort mince, pl champ, et fixé derrière la symphyse de la mâchoire : c'est le *frein*; il tient et modère les mouvements de la langue, il empêche sa trop g élongation. Si le frein est trop court, la langue ne peut se mouvoi pointe se creuse comme un cœur de carte à jouer. Si le frein est trop l'obstacle est le même. Cette difformité nuit à l'allaitement en gênant la cion et la déglutition ; c'est surtout la brièveté du frein qui constitue la

Comme le dit J.-L. Petit, il y a beaucoup d'enfants qu'on dit avoir l et qui ne l'ont pas. Il faut donc apprendre à reconnaître son existence. on ne peut passer le doigt sous la langue de l'enfant, si cet organe ne s'élever au palais, si la succion du doigt est gênée, le frein est trop cou l'enfant a le *filet*. Il faut le couper.

Cependant, si, malgré tout cela, l'enfant prend bien le sein et tette f ment, l'opération est inutile.

Si, au contraire, l'enfant prend le sein, saisit mal le mamelon, le bruyamment, fait constamment du bruit en tetant à cause de l'impossi

(1) *Siglio medico*. 1860, n° 349.

ngue à embrasser le mamelon, laisse couler le lait au bord des lèvres, il ette point et l'opératiò[illegible] filet est suffisamment indiquée.

Cette opération, peu difficile, offre cependant quelques dangers d'hémorrhagie et d'avalement de la langue, quand elle est faite par une main timide inhabile.

L'enfant doit être maintenu assis, [illegible]e renversée en arrière par quelqu'un qui ne se laisse pas intimider par les cris. Le chirurgien soulève la gue avec les doigts ou avec la plaque fendue d'une sonde cannelée et la re- e en haut. Son autre main, armée de ciseaux mousses, dirigés la pointe as pour éviter les artères ranines, accomplit rapidement la section du frein s une étendue d'un demi-centimètre au plus. La plaie n'exige aucune pré- tion, et il est rare que l'enfant en souffre au delà de quelques heures ; elle rit seule avec une grande rapidité.

'hémorrhagie suit quelquefois cette opération, quand existe une anomalie ulaire, et si une artère ranine ou une grosse veine a été divisée. Elle ntretenue par les mouvements de succion de l'enfant, ce qui peut la rendre considérable. Il faut alors cautériser le point d'où sort le sang avec le ni- d'argent, l'acide sulfurique ou le cautère actuel sous forme d'un stylet i au feu. Ce serait peut-être aussi l'occasion d'essayer d'abord l'eau hé- atique de Tisserand, de Brocchieri, ou le perchlorure de fer.

suffit quelquefois, pour arrêter cette hémorrhagie, de mettre l'enfant au s absolu en empêchant, par un procédé fort simple, les mouvements de ion sur la langue. Dès que l'opération est terminée, pour éviter que l'en- ne suce sa langue, je le force à garder la bouche ouverte. Il suffit pour de l'endormir en lui mettant un pince-nez fait comme une pince à fermer iqûres de sangsues. L'enfant respire alors par la bouche, et au bout de que temps l'hémorrhagie est arrêtée. Ce moyen, que je n'ai employé ne fois, m'a complétement réussi.

autre accident plus rare, mais plus spécial de l'opération du filet, c'est uversement de la langue dans le pharynx. J.-L. Petit en a rapporté plu- s exemples fort saisissants. Cela n'arrive jamais qu'après une section trop lue du filet, et, dans ce cas, c'est un accident très grave qui peut amener rt par suffocation. Avec un pince-nez on empêche l'enfant d'avaler ainsi ngue, et si cela ne suffit pas, une plaque de métal, maintenue par un eil, doit être mise à demeure sur la langue pour la tenir immobile.

§ III. — Ulcérations de la langue.

trouve souvent à la partie inférieure de la langue, soit au filet, soit laté- ent, des ulcérations grisâtres et étendues dont la cause a été longtemps nnue. Ces ulcérations existent chez les enfants atteints de coqueluche, n a pensé qu'elles étaient la conséquence d'un effort intérieur qui déter- it une vésico-pustule suivie d'ulcération ; absolument comme dans une

fièvre éruptive, le travail morbide engendre une éruption. Il n'en est rien, ces ulcérations qui n'existent que dans la coqueluche sont la conséquence de l'usure de la langue par son frottement sur l'arcade dentaire inférieure au moment des quintes de toux. C'est un phénomène dont j'ai parlé à propos de la coqueluche (voy. page 363).

§ IV. — Division accidentelle de la langue.

Observation II. — *Division de la langue, suture avec une nouvelle aiguille; guérison*, par le docteur Vilches. — Un enfant de quatre mois tomba de son berceau et se divisa la langue transversalement au tiers antérieur et de droite à gauche dans les deux tiers de sa largeur. A l'examen, dix-huit heures après l'accident, le lambeau divisé formait une crête de coq s'opposant absolument à la succion du sein. Un médecin avait déjà proposé l'amputation de ce lambeau, mais l'importance de l'organe et l'âge du blessé m'incitèrent à en tenter la réunion par quelques points de suture. Ne pouvant me servir, dans ce cas, des aiguilles de Boyer, Velpeau, Cooper, ni des autres, j'en fis fabriquer une spécialement à cet effet. C'est une aiguille ordinaire, peu courbe, montée sur un manche rond, et présentant, à son extrémité antérieure, une espèce d'hameçon ou chas ouvert destiné à recevoir le fil après l'introduction de l'aiguille, et à en ramener un des chefs par l'ouverture d'entrée en la retirant. Je saisis donc avec une pince fixe le bord droit de la langue, que j'amenai en avant, et, prenant mon aiguille de la main droite, j'en introduisis la pointe dans l'épaisseur de la division, à deux lignes du bord supérieur ; puis, la dirigeant d'avant en arrière et de bas en haut, elle vint sortir sur le dos de la langue, à trois lignes en arrière de la division. Confiant alors les pinces à un aide, je portai, avec une pince fine, de la main gauche, l'anse du fil dans le chas de l'aiguille, et, après un mouvement de torsion imprimé à cette aiguille, de la main droite, pour serrer cette anse, je la retirai en amenant le fil par l'ouverture d'entrée. J'en fis autant sur la partie médiane de la langue.

Dans un second temps plus facile, j'introduisis l'aiguille dans le lambeau, à environ trois lignes en avant du bord supérieur de la division, et, la dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas, elle sortit au milieu de la plaie, pour saisir les extrémités antérieures des fils et les amener hors de la bouche en retirant l'aiguille. Cela fait, j'avivai les lèvres de la plaie, puis je nouai les deux extrémités des fils.

Cinq jours suffirent à la réunion, qui s'opéra sans nulle difformité.

§ V. — Division congénitale du voile et de la voûte du palais.

La voûte palatine et le voile du palais offrent différents vices de conformation que la chirurgie peut faire disparaître.

On observe : 1° la division de la luette seule ; 2° la division du voile du palais tout entier ; 3° la division du voile du palais et de la voûte.

La division de la luette seule est chose fort rare ; la division du voile est, au contraire, une lésion assez fréquente. Elle est toujours médiane et complète ; ses bords s'écartent à chaque mouvement du pharynx ; ils se terminent en bas par la moitié correspondante de la luette.

La division existe enfin sur ce voile et sur la voûte du palais. Elle est plus ou moins large, unique ou double, n'intéressant que la voûte et s'arrêtant à

rcade dentaire, ou comprenant l'arcade dentaire elle-même. Elle est sou-
nt, enfin, liée à la div[illegible]n congénitale des lèvres, en deux mots, au bec-
-lièvre.

L'allaitement est considérabl[illegible]ent gêné par cette lésion ; la succion, l'as-
ration des liquides, la déglutiti[illegible] le cri, la phonation, etc., sont choses
rt difficiles. Quelquefois les nouve[illegible] ne peuvent teter, et il faut les tenir
rticalement en leur pressant le sein dans la bouche. Si le moyen ne réussit
s, il faut employer le biberon ou le lait à la cuiller. Des enfants qui n'avaient
core rien pu avaler et qui étaient mourants, ont pu être rappelés à la vie
cette façon.

Cette difformité n'a donc rien de grave pour les enfants, si l'on emploie les
écautions nécessaires pour leur faire prendre la nourriture. Néanmoins,
mme elle entraîne des inconvénients considérables, la chirurgie a songé aux
oyens de la guérir. Elle a trouvé la *staphylorrhaphie*, que Ph.-J. Roux
e premier fait connaître (1).

Cette opération difficile, délicate, ne peut pas être pratiquée chez le nouveau-
, ni même dans la seconde enfance. Elle ne doit être entreprise que dans l'âge
ulte, vers dix-huit ou vingt ans, afin que la docilité des sujets puisse aider
chirurgien dans ses manœuvres et dans les soins consécutifs à l'opération.
conséquence, je ne m'arrêterai pas davantage sur ce point qui rentre dans
chirurgie des adultes.

CHAPITRE III.

LA FORMATION DES DENTS. DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE LA DENTITION ET DES ACCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

On a jadis considéré le travail de la dentition comme l'origine presque
clusive de la plupart des maladies des enfants, puis on a contesté toute l'in-
ence à ce travail physiologique. Ces deux opinions, si elles sont exclu-
es, sont évidemment fausses. L'observation patiente, attentive et pénétrante,
ontre que dans beaucoup de cas l'évolution dentaire, trop rapide ou trop
dive, régulière ou irrégulière, devient le point de départ des plus graves
aladies. — Dans quel cas la dentition est-elle la cause du dérangement
la santé et quels sont les désordres, qui en dépendent ? Voilà ce qu'il faut
blir. Comme on le verra, il n'est qu'un bien petit nombre de maladies
i soient vraiment le résultat de ce travail ; mais si petit qu'il soit, il importe
e les choses soient précisées de façon à ne laisser aucune espèce de doute
ns l'esprit du médecin.

Avant toute étude pathologique, il faut décrire la formation du follicule
ntaire et la production des dents, et ensuite les phénomènes physiologi-
ues de l'évolution dentaire. C'est ce que je vais faire en prenant pour guide

(1) *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I, p. 228 et suiv.

l'intéressant travail de M. Prudhomme (1), et les recherches de Richeran

Ainsi : 1° formation et constitution du follic[illegible]entaire, depuis l'appa tion du bulbe jusqu'au commencement de la p[illegible]uction de la dent;

2° Évolution et sortie des dents.

3° Des accidents morbides qui [illegible]gnent la sortie des dents.

§ I. — Formation et constitution du follicule dentaire.

« C'est au sein d'un organe particulier situé au fond des mâchoires, q développent les dents pendant la vie intra-utérine.

» Vers le cinquantième jour après la conception, la formation de la c buccale s'est achevée par la réunion des bourgeons incisifs sur la ligne mé avec les bourgeons latéraux, et celle de la cloison du nez en arrière de dentaire pour la mâchoire supérieure; puis par la réunion des bour maxillaires inférieurs sur la ligne médiane pour la mâchoire inférieure.

» Les divers tissus constituant ces mâchoires peuvent alors se disti aisément les uns des autres. En partant de la partie profonde, on trouv bord le maxillaire, puis le tissu sous-muqueux, ne différant pas du tissu muqueux ordinaire quant à sa composition anatomique et à sa texture; dans l'épaisseur de ce tissu que naissent les follicules. On trouve e membrane muqueuse recouverte de son épithélium.

» Nous n'étudierons pas les trois parties qui entrent dans la constituti mâchoires, parce qu'elles ne prennent pas directement part aux phéno de la dentition et qu'elles ne s'y rattachent que d'une façon secondaire il était vraiment nécessaire d'en faire l'énumération avant d'aborder le essentiel de ce chapitre (formation et développement du follicule denta

» Jusqu'à nos jours, on avait cru que les follicules se formaient aux de la membrane muqueuse buccale. Goodsir (2) décrit longuement ce d'évolution du follicule dentaire. D'après lui, on voit apparaître, au de mois de la vie fœtale, un sillon occupant le bord alvéolaire des deu choires; c'est au fond de ce sillon que se développent successivemen petits renflements de forme sphéroïdale, appelés papilles dentaires. V troisième mois, on voit la membrane muqueuse entourer chaque papill repliant au-dessus de cet organe par un mécanisme auquel il a donné l d'*involution*, pour former un sac complet à la papille qui en occupe la profonde. Véritable repli de la muqueuse, ce sac communiquerait pend certain temps, par sa partie gingivale, avec la cavité buccale, au moyen vertures déjà décrites par Hérissant.

» Avant l'occlusion complète de la cavité folliculaire, on voit se form dessus de chaque follicule une cavité plus petite : c'est le sac dentair

(1) *De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption* pour le doctorat. Paris, 1860, n° 106).

(2) *Edinburgh medical and surgical journal*, 1838, n° 31.

é au développement de la dent permanente ; il s'est produit alors un nouveau li aux dépens du sac [illegible]itif, et une nouvelle involution de la muqueuse.

Cette théorie est adoptée par un grand nombre d'anatomistes. Purkinge, chkow, MM. Serres et Duvernoy ont soutenu une théorie inverse, et affir-nt que le follicule ne peut être considéré comme une dépendance de la queuse.

Les nouvelles recherches faites par MM. Natalis Guillot, Ch. Robin, et gitot (1) renversent la théorie de Goodsir.

« *Mode de genèse du follicule dentaire.* — « Au fond de la gouttière den-re, à la partie la plus profonde du tissu sous-muqueux, au contact de vais-ux et nerfs, apparaît un petit point opaque, petite masse grisâtre, tranchant son opacité sur les tissus ambiants ; ce petit point opaque est le premier tige du bulbe dentaire. Peu après son apparition, cette petite masse prend forme conique pour toutes les dents.

Au quatre-vingt-cinquième jour après la conception, on voit se détacher sa base de petites bandes fibreuses, qui se dirigent au-dessus du sommet bulbe, et se réunissent bientôt l'une à l'autre pour constituer la paroi fol-laire et une cavité close de toute part : c'est au fond de cette cavité que se uve inséré le bulbe dentaire.

Entre la paroi folliculaire, d'une part, et la surface convexe du bulbe, de tre, se trouve un espace resté libre et qu'on voit au microscope sous l'as-t d'une bande claire ; c'est dans cet intervalle que se développe l'organe l'émail.

Pour chaque follicule en particulier, on voit donc se développer : d'abord ulbe, qui est le premier organe apparu, puis la paroi folliculaire, enfin gane de l'émail. Peu à peu, ces différents tissus prennent une organisation complète, que nous allons envisager pour chacun d'eux.

1° *Bulbe dentaire* (germe dentaire, pulpe et papille dentaire, germe de lentine).

Le bulbe dentaire occupe la partie la plus profonde du sac dentaire, au l de la gouttière dentaire, en contact avec les vaisseaux et nerfs. Au qua-ne mois de la vie intra-utérine il a déjà le volume d'une tête d'épingle, il l'une couleur rosée et parcouru par des vaisseaux. Sa forme est celle d'un dont la base se continue avec le pédicule et répond aux vaisseaux, et le sommet est libre et répond aux gencives. A cette époque, il se modifie, t des transformations dans sa texture et surtout dans sa forme. Au cin-me mois, il a acquis le volume d'un pois ; il est mou, rougeâtre et ourvu d'enveloppe ; il reçoit alors un grand nombre de vaisseaux et de s, et paraît complétement organisé. Ces vaisseaux capillaires se terminent les anses qui s'arrêtent à quelques centièmes de millimètre de la surface organe. (Kölliker, Ch. Robin et Magitot.) C'est une forme sur laquelle

(1) *Etude sur le développement et la structure des dents humaines.* Paris, 1858, in-4.

viendront se mouler l'enveloppe folliculaire et l'organe de l'émail ; mais bulbe dentaire a-t-il constamment la forme exacte de la couronne future.

» 2° *Enveloppe du follicule dentaire.* — Au début de la dentition l'enveloppe folliculaire entoure le bulbe, sans présenter de disposition membraneuse, en formant autour du germe dentaire une atmosphère très lâche. Bientôt elle présente l'aspect d'une bande d'un gris foncé qui circonscrit le bulbe et l'entoure à sa base : c'est là le premier vestige de l'enveloppe folliculaire. Plus tard c'est une membrane blanchâtre et opaque qui forme en s'accolant à elle-même par ses bords libres un véritable sac, adhère par sa face profonde, et sur deux points opposés, à l'organe de l'émail et à l'organe de l'ivoire ; ce n'est que quelque temps après qu'elle adhère aux gencives par sa face externe. Elle est constituée par un feuillet fibreux très et elle est pourvue de vaisseaux et de nerfs.

» 3° *Germe de l'émail.* — Le germe de l'émail est représenté par une petite masse transparente, blanchâtre, d'aspect gélatiniforme ; il apparaît lorsque les parois folliculaires sont parvenues à entourer complétement le bulbe et prend la forme d'un cône creux, enveloppant les parties saillantes de ce dernier. Cet organe est donc renfermé dans le sac dentaire, et il offre les rapports suivants : sa face externe s'applique sur la face interne du sac, qu'il touche, auquel il adhère par sa face profonde ; puis il répond par sa face interne à la partie saillante du bulbe de l'ivoire, sur lequel il se moule, et dont il suit les contours et les sinuosités. Il présente un bord libre qui descend sur les côtés du bulbe, sans arriver à sa base. Il est complétement dépourvu de vaisseaux et de nerfs.

« On ne peut assigner de relations de volume entre ces deux organes ; tandis que le bulbe dentaire persiste pendant toute la vie, en subissant constamment des variations de volume, l'organe de l'émail diminue, et finit par disparaître à un certain moment de la vie intra-utérine.

» M. Natalis Guillot interprète la genèse des dents d'une manière qui diffère un peu de celle que nous venons d'exposer ; nous avons cru devoir nous rattacher aux opinions de MM. Ch. Robin et E. Magitot, qui nous ont paru plus conformes à l'observation.

» Voici de quelle manière M. Natalis Guillot interprète la genèse des dents :

» L'étude des mâchoires des embryons m'a fait reconnaître, dit-il, l'existence d'une portion organique dont la durée est limitée, dont l'usage est temporaire. C'est au milieu d'elle que naissent les premières traces des dents ; elle en protége l'accroissement. Organe créateur et protecteur, cette partie s'efface et disparaît dès que ce double but est accompli.

» On peut suivre les phases que parcourt cette portion organique dès les premiers moments de la formation des dents, jusqu'à l'époque où les dents sont complètes. C'est autour d'elles que les os se développent, en même temps que les dents naissent dans son épaisseur. Par la transformation des molécules dont elle est composée, elle produit successivement l'ivoire, l'émail

et le cément; la situation qu'elle occupe dans chaque mâchoire n'est jamais variable ; elle s'élève de[illegible] le fond des gouttières alvéolaires jusqu'au-dessous de la membrane muqu[illegible]se qui la recouvre.

» L'apparence qu'elle présen[illegible] est changeante suivant l'âge : elle est d'abord composée de molécules ou cellule[illegible]lières et nucléolées ; c'est le moment où l'ivoire et l'émail commencent [illegible] formés, quoique non solides : elle devient ensuite fibreuse par l'allongement des molécules à l'époque où elle donne naissance au sac dentaire et au cément.

» Rien ne fait reconnaître dans cette partie le moindre des détails que plusieurs anatomistes ont reproduits par le dessin après les avoir décrits à l'occasion des follicules dentaires.

» Ces indices primordiaux des dents ressemblent à de petites sphères formées par une multitude de molécules ou cellules. Ceux que l'on découvre le plus aisément appartiennent à la première dentition. Vers le troisième ou quatrième mois, on aperçoit sans difficulté, chez l'homme, les germes de la seconde dentition. Aucune enveloppe ou sac ne limite ces sphéroïdes dans cet état primitif.

» Trois divisions ou fractionnements se produisent dans l'intérieur de ces sphéroïdes avant qu'ils soient solidifiés. L'une est centrale, elle deviendra la partie productrice de l'ivoire ; la seconde donnera naissance à l'émail ; la division la plus antérieure est celle où, en dernier lieu, le sac dentaire sera formé ; c'est elle qui produit le cément.

» Cette création du sac dentaire n'est, en réalité, due qu'à la transformation de la partie génératrice des dents en une substance fibreuse, transformation dont on suit tous les progrès jusqu'au moment où cette partie devient tout à fait semblable au périoste.

» Ces details sont communs aux dents de chaque dentition (1).

» Toutes les parties constituantes des follicules se développent avec une grande régulartté, et l'on peut toujours, en étudiant leur structure, reconnaître la date de leur apparition. Tous les organes qui les composent éprouvent, comme nous l'avons dit, de grandes modifications, et leurs constitutions changent promptement sous le rapport du volume et de la forme.

» *Ordre d'apparition des follicules.* — Au quatre-vingtième jour de la vie intra-utérine, les follicules de la première dentition se trouvent au complet ; ils sont apparus dans le même ordre que celui qui sera suivi pour la sortie des dents correspondantes ; mais l'on ne peut admettre d'une façon plus absolue l'ordre d'apparition des follicules que celui de l'éruption.

» C'est au soixantième jour qu'apparaissent, à la mâchoire inférieure, les follicules des incisives médianes, et vers le soixante-cinquième jour les follicules correspondant à la mâchoire supérieure ; quelquefois ils apparaissent en même temps. Viennent ensuite les incisives latérales, les petites molaires et les molaires postérieures, enfin les canines se montrent en dernier lieu.

(1) Mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 29 mars 1858.

» C'est au quatre-vingt-cinquième jour qu'apparaissent, derrière les follicules des grosses molaires, ceux des premières grosses molaires permanentes à la mâchoire inférieure ; au quatre-vingt-quinzième jour, ceux des premières grosses molaires permanentes à la mâchoire supérieure. L'éruption de ces dernières ne se fait que vers la sixième année.

» Les autres follicules des dents permanentes n'apparaissent que beaucoup plus tard, au moment de la naissance ou peu de temps après. »

Développement des dents.

« C'est entre la surface saillante du bulbe dentaire et la face profonde du germe de l'émail, dans l'intervalle de ces deux organes, qu'apparaissent les premières traces d'ivoire et d'émail, de sorte que la dent, par son développement, sépare et éloigne l'un de l'autre les deux germes : d'une part, l'ivoire se développe à la surface convexe du bulbe ; d'autre part, l'émail prend naissance à la face concave du germe de l'émail, et ces deux substances, ivoire et émail, s'accolant l'une à l'autre, forment au début les premières couches de la couronne de la dent future.

» Dans son caractère intime, le développement des tissus dentaires s'effectue pour chaque tissu d'une manière spéciale ; nous allons donc l'étudier en particulier dans chacune de ses trois substances : ivoire, émail, cément.

» *Développement de l'ivoire.* — Les éléments anatomiques auxquels l'ivoire doit son développement appartiennent à la classe des *cellules*. Ces cellules prennent naissance dans l'épaisseur même de la matière amorphe qui compose la surface du bulbe. Leur forme est sphérique, ovoïde ou pyriforme ; leur longueur est de $0^{mm},02$ à $0^{mm},04$; leur largeur, de $0^{mm},03$ à $0^{mm},015$; elles contiennent un noyau qui occupe une extrémité (l'extrémité périphérique) et sont pourvues d'un prolongement ou queue plus ou moins longue, qui naît à l'extrémité opposée à celle qui contient le noyau. Ces cellules se déposent l'une à côté de l'autre, formant à la surface du bulbe une rangée uniforme, et laissant entre elles de légers intervalles destinés à former les canalicules dentaires, dont la dent est parcourue du centre à la périphérie. Les premiers rangs de cellules, ainsi disposés, subissent sur place des modifications organiques ; les noyaux disparaissent, la masse s'assimile des matériaux calcaires. Chaque cellule devient ainsi un petit corps dur, et la rangée entière une couche d'ivoire ; puis la série de ces phénomènes produite pour la première rangée se répète pour la seconde qui se développe au-dessous d'elle, ainsi que pour celles qui se développeront successivement.

» Telle est, en quelques mots, la théorie de la formation de l'ivoire que M. E. Magitot a développée dans ces derniers temps et qu'il résume en ces : « Pour nous, les éléments de la formation de l'ivoire, c'est-à-dire les de la dentine, naissent spontanément par *genèse* ou *génération spon*- à la surface de la pulpe dentaire, qui fournit les matériaux nécessaires

cette production. Ces cellules se forment par rangées qui se superposent ne à l'autre, disposi[illegible] qu'on retrouve dans les couches concentriques nt l'ivoire est formé. Ainsi constituée, chacune de ces cellules représente individu vivant, un organisme complet, possédant toutes les propriétés volues aux éléments anatomiq[illegible] de la classe des *produits de perfectionnement* (de Blainville, Ch. Robin), c'est-à-dire les propriétés végétatives de trition, de développement et de genèse. Une fois développées, les cellules rouvent des modifications résultant du mouvement organique qui s'accomit en leur intérieur; leur noyau disparaît soit par atrophie, soit par suite l'envahissement calcaire, et la rangée des cellules nouvellement développées se réunit à celles précédemment formées, le corps de la cellule nouvelle orrespondant au corps de la cellule ancienne, et les intervalles se correspondant également pour continuer la direction des canalicules. Toute la masse de la dentine ainsi créée subit encore des changements moléculaires, qui ont pour résultat la production de ce qu'on a appelé les *globules de la dentine* (Czermak) et la production des anastomoses, si variées et si multipliées, qui réunissent entre eux les canalicules (1).

» *Développement de l'émail.* — La formation de l'émail obéit à la même générale que la formation de l'ivoire, c'est-à-dire à la naissance et à la nsformation sur place de cellules spéciales.

» Ces cellules, nées à la face profonde de l'organe de l'émail, se trouvent si en rapport par leurs extrémités, d'une part avec l'organe qui les a formées, d'autre part avec la première couche d'ivoire développée à la surface bulbe. Elles sont ovoïdes ou cylindroïdes, d'une longueur de $0^{mm},03$ à $^{mm},05$ et d'une largeur de $0^{mm},001$ à $0^{mm},003$; elles contiennent des gralations assez pâles et un noyau ovoïde central.

» Ces cellules, disposées verticalement, forment une rangée continue *embrane adamantine*, Raschkow), et chacune d'elles devient régulièrent prismatique par pression réciproque.

» Dans cette situation, les cellules se transforment par l'envahissement de tière calcaire en petits prismes réguliers, à six pans étroitement soudés à l'autre, sans interposition d'aucune substance.

» Enfin, lorsque la transformation de la première couche de cellules est en e de progression, une deuxième se forme au-dessous de la première, pour oir les mêmes métamorphoses pendant qu'il se formera d'autres couches.

» *Développement du cément.* — Le cément, partie véritablement osseuse, me autour de la racine de la dent chez l'homme une couche très mince présente l'organisation du tissu osseux. Son développement ne s'opère conséquent que lorsque les racines se forment au-dessous de la couronne, e temps après la naissance.

— Dans certaines espèces animales (*ruminants pachydermes*), le cément

(1) *Étude sur le développement et la structure des dents*, p. 61.

forme une enveloppe osseuse assez épaisse aussi bien à la couronne q racine. Chez ces animaux, il est produit dans l'in[illegible]eur du follicule par fication directe d'un organe particulier fibro-cartilagineux, appelé MM. Hannover et E. Magitot, *germe du cément*.

» Chez l'homme, le phénomène [illegible]duction du cément paraît m différent; il résulte sans doute de l'[illegible]cation d'une partie de l'épaiss la paroi folliculaire, tandis que l'autre partie forme le périoste dentai membrane alvéolo-dentaire. D'ailleurs les recherches les plus récentes pu encore élucider ce point et laissent à désirer. »

§ II. — Évolution et sortie des dents.

C'est vers la fin du sixième ou septième mois environ, que les dents in moyennes *inférieures* percent le tissu des gencives. Peu de temps ap incisives correspondantes de la mâchoire supérieure paraissent, puis le sives latérales *supérieures*, et enfin celles de la mâchoire inférieure. Ce d'évolution est un peu différent de l'ordre indiqué par plusieurs pl gistes, qui admettent la sortie des incisives latérales inférieures avant l des latérales supérieures. Cet ordre est celui de la nature. J'ai mai eu l'occasion de l'observer dans les hôpitaux et sur les enfants que j soigner.

Les premières petites molaires, au nombre de quatre, succèdent a sives, laissant entre elles et les incisives un espace que rempliront pl les canines ou lanières, dont l'éruption est généralement plus tardive laborieuse ; les secondes petites molaires ne tardent pas à suivre les c ces petites molaires sont plus grosses que les dents correspondantes d conde dentition. Quand, vers la fin de la seconde année, ces vingt de sorties, la première dentition est achevée ; la vie des enfants est assur était auparavant bien incertaine, puisque les calculs sur la probabili vie humaine prouvent que le tiers des enfants qui naissent à une donnée meurt avant d'avoir atteint l'âge de vingt-trois mois. A ces vin s'ajoutent deux nouvelles molaires à chaque mâchoire, lorsque l'en parvenu à la fin de sa quatrième année. Ces dernières formeront dans les premières grosses molaires ; elles diffèrent des précédentes en ce doivent rester toute la vie, au lieu que les dents primitives ou dent tombent à sept ans, dans l'ordre suivant lequel elles sont sorties des mâ et sont remplacées par de nouvelles dents mieux formées, plus gros celles de remplacement, et dont les racines sont plus longues et mieu loppées. Vers la neuvième année, deux nouvelles grosses molaires nai delà des premières ; l'enfant a dès lors vingt-huit dents. La dentition e plète quelquefois de dix-huit à trente ans, et quelquefois beaucoup pl les dents tardives ou de sagesse au nombre de deux à chaque mâcho montrent à la partie la plus reculée des bords alvéolaires.

'ordre que l'on observe dans l'éruption successive des dents n'es

tellement invariable qu'il ne soit fréquemment interverti. On voit encore assez souvent les incisives supérieures sortir avant les incisives inférieures, toutes les petites molaires se montrer avant les canines, etc. Il en est, à l'égard de la dentition, comme de tous les actes de l'économie vivante, l'instabilité en forme le principal caractère. Un examen attentif fait bientôt apercevoir avec quelle irrégularité procèdent les phénomènes, soit physiologiques, soit pathologiques, qui paraissent le plus s'assujettir à certaines périodes calculables et déterminées.

Cette double rangée de dents qui se succèdent existait dans les mâchoires des fœtus. Chaque alvéole, à cet âge de la vie, renferme deux follicules membraneux superposés. Celui qui doit former la dent primitive se gonfle le premier; une matière calcaire encroûte sa surface et forme le corps de la dent, qui envahit ainsi le follicule par lequel est sécrétée la partie osseuse, de manière que le développement du petit os étant achevé, la vésicule membraneuse dans laquelle se ramifient les vaisseaux et les nerfs dentaires se trouve au centre de son corps, et adhère aux parois de sa cavité intérieure. La dent est donc une substance calcaire sécrétée, ou plutôt excrétée par la vésicule dentaire; les vaisseaux ramifiés dans les parois de cette vésicule se prolongent dans la substance osseuse : c'est au moins ce qu'on doit présumer de l'adhérence intime de la membrane avec l'os. Les germes dentaires primitifs sont liés à ceux desquels doit naître la seconde dentition ; un prolongement membraneux les unit, et pour se porter des uns aux autres, sort par de petits trous dont le bord alvéolaire est percé. C'est par ces petites ouvertures, dont Sabatier, Bichat et Boyer ne font aucune mention, que sortent les dents secondaires, dont les germes sont en arrière des dents primitives. Fallope connaissait cette communication des germes dentaires et les petits trous, *foramina* (Sœmmering), qui laissent passer les dents de la seconde dentition. C'est donc à tort que, dans ces derniers temps, on a voulu s'attribuer leur découverte.

Il n'est pas difficile de dire pourquoi l'évolution des germes dentaires est successive; pourquoi, dans la septième année, les dents primitives se détachent et sont remplacées dans d'autres qui sont restées si longtemps ensevelies dans l'épaisseur des bords alvéolaires. Les mâchoires croissent en tous sens, et par conséquent les arcades alvéolaires augmentent de dimension avec l'âge; l'arc s'agrandit, en sorte que les dents primitives ne suffiraient plus à le garnir, si la nature ne les remplaçait par d'autres dents plus grosses et plus nombreuses. Le cochon d'Inde, ou cabiais, ce petit animal si souvent employé dans nos expériences, qu'on pourrait à bon droit le nommer la victime des physiologistes, présente cette singularité, que les dents ne sont pas renouvelées, mais poussent et sortent plus grosses de l'alvéole, à mesure que le frottement les détruit, de manière qu'elles suffisent à garnir le bord alvéolaire. La même chose s'observe sur les lapins (1).

(1) Richerand et Bérard, *Eléments de physiologie*. Paris, 1832. — C. F. Burdach, *Traité de physiologie*. Paris, 1838, t. III, p. 498.

Apparition prématurée des dents. — Il en est de la dentition com tous les autres phénomènes de l'économie ani[illegible]; elle présente un innombrable de variétés relatives à son époque, à sa durée, etc. Ainsi, des dents repousser pour la troisième fois chez des personnes très a en âge. On cite également quelqu[illegible]ples, fort rares, de dentitio coce. Haller en a publié un certain nombre. J. Frank rappelle les nom nis par l'histoire de Richard III, roi d'Angleterre, de Louis XIV, de M venus au monde avec plusieurs dents. — Il en rapporte un exemple observé lui-même, et on pourrait facilement allonger la liste des fait genre. De nos jours, M. Sappey a observé une fille de trois mois ay deux incisives moyennes et une incisive latérale droite à la mâchoire inf — M. Thoré (1) en a vu cinq exemples, quatre à l'hospice des trouvés et un dans sa pratique. Dans le premier cas, un garçon de six se atteint de muguet, eut une incisive médiane qui tomba le lendemain, une ulcération grisâtre de la gencive. A la mort, le bulbe dentaire et et les autres alvéoles remplies. — Dans le deuxième cas, une fille d'i ayant une ulcération du bord de la mâchoire inférieure, présenta, sur c deux dents incisives; et à la mort on voit les deux dents en cornet rec le follicule dentaire rouge et gonflé. — Dans le troisième cas, un ga six semaines meurt ayant une incisive médiane inférieure droite au d'une ulcération, se détachant avec facilité et montrant un petit cornet reposant sur le follicule rouge très gonflé. L'incisive médiane gauche sur un champignon noir comme gangrené, et l'os maxillaire était en atteint de carie. — Dans le quatrième cas, une fille d'un mois, atte muguet, avait sur la partie moyenne du maxillaire inférieur deux i médianes au milieu d'une ulcération. Peu après les dents tombent et a le follicule gris, noirâtre, saillant, étranglé à sa base, restant ainsi jusqu'à de l'enfant. L'os maxillaire était sain. — Dans un cinquième cas, un ga douze jours ayant eu un abcès sous la lèvre supérieure, par lequel s les deux incisives médianes supérieures, avait aussi l'os maxillaire néc guérit, et le reste de la dentition se fit peu à peu, à l'exception de ce dents supérieures médianes; cependant à huit ans, au moment de la s dentition, l'une de ces dents permanentes se montra, mais l'autre tit pas.

Il faut donc distinguer deux cas dans l'apparition précoce des de bien les enfants bien conformés viennent au monde avec des dents, ce le cas le plus rare, ou bien c'est un travail pathologique de la gencive casionne l'ulcération du follicule dentaire et l'apparition de la dent. locque, avec raison, observe que l'éruption de quelques dents avant l sance n'est pas toujours la suite du développement extraordinaire de l'e ni le présage d'une constitution meilleure, et il le prouve par pl

(1) *Gazette médicale*, 1859, p. 617.

les. Enfin, les dents surnuméraires achèvent d'établir que les phéno- de la dentition sont soumis aux mêmes irrégularités que la plupart des phénomènes de la vie, soit physiologiques, soit pathologiques.

olution dentaire est toujours modifiée par le rachitisme. Quand cette ion de nutrition apparaît avant le sixième ou septième mois, époque de rition des premières dents, l'évolution est considérablement retardée; , au contraire, ce rachitisme apparaît dans le cours de la dentition, ce s'arrête et ne reprend que lorsque le rachitisme a été guéri. Il n'y a e mieux établi que ce fait, dont on se sert journellement pour diagnos- la présence du rachitisme avant la présence de tout autre symptôme.

§ III. — Accidents de l'évolution dentaire.

n'est pas toujours facile de déterminer l'influence exercée par le travail dentition sur le développement des maladies des enfants à la mamelle. Il ident qu'il ne suffit pas de constater l'apparition d'une maladie dans le de l'évolution dentaire, pour en conclure qu'elle est la conséquence de vail physiologique; il faut encore apprécier le rapport qui unit entre eux hénomènes, et savoir si leur existence est le résultat d'une coïncidence, au contraire, on doit établir entre eux un rapport de causalité.

si, toutes les maladies des enfants à la mamelle se développent au mo- de la dentition, puisque ce travail commence environ au septième mois naissance, et se termine à la fin de la seconde année. Est-ce à dire pour ne ces maladies soient la conséquence de l'évolution dentaire? Assuré- non; mais il en est un certain nombre qui ne paraissent qu'au moment ruption d'une dent, et qui se reproduisent chaque fois qu'une occasion able se renouvelle. Ce sont ces dernières qui peuvent être regardées e de véritables accidents de dentition, et des faits nombreux viennent la réalité de cette coïncidence.

pneumonie qui se développe chez un jeune enfant près de percer une 'a aucun rapport avec ce phénomène, puisqu'elle ne se produit pas e fois qu'une dent nouvelle est près de sortir. La diarrhée, les convul- les inflammations de la bouche, au contraire, qui chez quelques enfants issent toutes les fois que la fluxion des gencives annonce le travail den- sont intimement liées à ce travail physiologique. J'ai vu des diar- fort graves, qui avaient compromis l'existence des enfants, et que e pouvait modérer, disparaître rapidement aussitôt après la sortie des ères dents.

accidents de la dentition sont *locaux* et *généraux*. Les premiers sont qui se développent dans la bouche, tels que la stomatite, les aphthes, les ctions membraneuses, etc. Les accidents généraux sont certaines mala- e la peau, de l'intestin et du cerveau. On leur donne aussi le nom d'*ac- ts sympathiques*.

Au moment de la dentition, les gencives sont toujours rouges et g
mais, chez quelques enfants, cette tuméfaction e[illegible]ès considérable et
pagnée d'une douleur très vive. L'examen de la muqueuse buccale suf
apprécier la rougeur et le gonflement de la muqueuse ; la douleur se m
par les cris du petit malade, qui pleure à chaque instant, et en quelq
par accès. Il n'est pas d'autres alté[illegible] que celles de la bouche qui p
expliquer ces cris. Dans ces circonstances, la salivation est très acti
salive coule hors de la bouche avec abondance. Quelquefois les enfan
tent la bouche béante, les lèvres écartées avec effort, et ils portent san
les mains sur les gencives, comme s'ils voulaient indiquer le siége de le
france. Ils ont la fièvre d'une manière très irrégulière : elle est conti
intermittente ; leur sommeil est fort agité et souvent interrompu. Ri
saurait les calmer, pas même le sein de la nourrice, qu'ils refusent qu
fois ou qu'ils abandonnent avec humeur lorsqu'ils l'ont saisi.

Lorsque la stomatite, suite de l'irritation dentaire, est plus consid
on observe sur la muqueuse buccale des aphthes, et sur les lèvres des
tions qui se recouvrent de productions couenneuses. Ces altérations
fèrent pas de celles que nous avons décrites à propos des maladie
bouche. Le même traitement est convenable dans ces diverses circons

Quand les enfants se trouvent dans la position dont nous venons de
il faut leur laver la bouche avec un liquide adoucissant et mucilagin
faut souvent toucher la muqueuse avec un pinceau de coton imbibé d
tion de racine de guimauve miellée, ou de décoction de graine de lin. I
et l'opium ne doivent entrer dans aucune de ces préparations.

On peut donner à mordre aux enfants un morceau de racine de g
ou de racine de réglisse. Il s'en échappe à la fin un liquide adoucis
peut calmer l'inflammation des gencives. De plus, la pression de ce
favorise la sortie de la dent et apaise un peu la douleur que les malade
vent.

Il vaut mieux employer des substances qui s'amollissent en s'hu
comme des figues sèches, une croûte de pain, etc., plutôt que de c
l'usage des hochets d'ivoire, de verre ou de corail. Ces corps durs
au contraire, irriter les gencives, endurcir peut-être leur tissu, et
plutôt que favoriser l'éruption des dents.

Si la fièvre est très vive et accompagnée de congestion vers la tê
somnolence, les pédiluves irritants, avec la moutarde ou l'eau de s
sinapismes aux jambes et les sangsues aux oreilles, sont les moyens
convenables à employer.

Enfin, il y a des circonstances dans lesquelles la gencive est si ro
gonflée à l'endroit où se trouve la dent près de sortir, que l'on a cr
remédier à la tension des parties par une petite opération chirurgical
conseillé le débridement des gencives. Cette opération se pratique a
petit instrument spécial fait comme la flamme des vétérinaires, ou avec

sourit. Elle consiste dans une incision cruciale, ou dans une incision elliptique qui enlève un petit lambeau de gencive au lieu de sortie de la dent. Opération pour opération, il vaut mieux employer la dernière ; car l'autre est souvent inutile. Les bords de l'incision cruciale se réunissent, et si la cicatrisation s'opère, la sortie de la dent est retardée, résultat tout opposé à celui qu'on voulait obtenir.

Cette opération, très différemment jugée par les médecins, est proscrite par les uns et adoptée par les autres. On la pratique peu en France ; elle est au contraire d'un usage très commun en Angleterre. Elle ne mérite ni le reproche d'inutilité qu'on a jeté sur elle, ni les éloges qu'on a voulu lui accorder. C'est une opération facile et peu dangereuse qui peut rendre quelquefois de grands services. Elle remédie à la tension extrême des gencives, en produisant une petite perte de sang qui est salutaire, et elle amène la sortie de la dent.

En raison de l'innombrable quantité d'incisions de gencives, faites sans accident, dans le but de favoriser le travail de la dentition, on peut regarder cette opération comme très innocente, cependant voici un fait unique de mort qu'il faut lui rapporter. Il a été observé sur l'enfant d'un médecin et publié dans l'intérêt de la science par le père de la victime. Je vais le faire connaître à mon tour, en prévenant que l'incision faite sur un enfant de quatre mois n'a pas été pratiquée dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire pour le gonflement d'une gencive distendue par une dent subjacente prête à sortir. Je doute qu'une hémorrhagie puisse avoir lieu sur une gencive très amincie, et c'est dans ce cas que l'incision du bord alvéolaire doit être pratiquée.

Observation I. — *Incisions pratiquées sur les gencives d'un jeune enfant avec une lancette, hémorrhagie : mort*, par M. le docteur Nicol. — Mon fils, un enfant de bonne constitution, sevré au bout d'un mois et plein de santé, se trouve attaqué par le choléra infantile à l'âge de quatre mois. Il guérit parfaitement de cette maladie ; mais à six mois une nouvelle attaque a lieu. De l'orge, de la gomme arabique, des frictions sur l'abdomen avec des liniments camphrés et opiacés, un vésicatoire à l'épigastre, des astringents, du tannin introduit dans l'économie par la bouche et par le rectum, enfin de l'acide cyanhydrique pour modérer les vomissements, tels furent les divers remèdes qui, après trois semaines, firent complétement disparaître les accidents.

Dans le cours de ce traitement, c'est-à-dire treize jours avant sa mort, alors que rien n'annonçait chez lui de la faiblesse, et que son affection n'avait laissé pour toute trace qu'un peu de changement dans le facies et une légère dépression des fontanelles, il sembla nécessaire de lui faire quelques scarifications sur les gencives, pour le soulager d'un gonflement local accompagné de rougeur et de fluxion des joues, ce qui le privait de repos. Les incisions saignèrent modérément et tout se passa comme à l'ordinaire. Quatre jours après, de nouvelles incisions paraissaient devoir être faites, et c'est alors qu'une d'elles continua à saigner au delà du temps ordinaire, et ne cessa de couler qu'après l'emploi des styptiques prolongés pendant deux ou trois jours. Mais à peine une incision ne donna-t-elle plus lieu à une hémorrhagie, qu'une autre s'ouvrit et donna passage au sang. Cet état dura jusqu'à la mort du petit malade, *douze jours entiers !*

Pendant ce long espace de temps, tous les moyens imaginables furent mis en

[illegible] gonflées. La langue [illegible] sur [illegible]

[illegible] urines sont pâles. Il ne [illegible]

[illegible] arrière à la cause des deux [illegible]

[illegible] sont difficiles, mais il n'y a p[illegible]

[illegible] intermittent. Un [illegible] cette oreille, poron[illegible] Le troisième jo[illegible]

[illegible] Le zoniem[illegible] et l'on voyait l'ant[illegible] et le phlegmon resta[illegible]

[illegible] gencives [illegible]

[illegible] du moins être sup[illegible] d'une manière soudaine sans avoir été [illegible] ordinairement l'amaurose, ni [illegible] de congestion ou d'inflammation [illegible] nerveux. Assez fréquemment, d'un autre [illegible] de la vision, ne can[illegible] n'ont pas co[illegible] Ils se résignent p[illegible] vrai, mais [illegible]

[illegible] M. Hancock : un seul a été [illegible]

[illegible] — [illegible] hôpital de Charit[illegible] il se trouva [illegible] yeux et qu'il eut [illegible] ou sour[illegible] les vésicat[illegible] étaient dilatées [illegible] ne était pas dim[illegible] de ce symptôme pr[illegible] mouvement fonctionnel.

[illegible] extrêmement se[illegible] que pouvait [illegible]

[illegible] deux permanentes et [illegible] distinguer la lua[illegible]

nerveuse, et l'inflammati[illegible]aiguë ou chronique de l'intestin avec ou sans anémie.

Les convulsions sympathiques de la dentition ne diffèrent point des convulsions qu'on observe dans les autres périodes de l'enfance ; elles passent tout aussi rapidement, et comme elles, n'dépendent point d'une affection organique appréciable du cerveau. Il faut les rapporter à la dentition lorsqu'elles se manifestent chaque fois dans le cours du travail qui précède la sortie d'une des dents. On voit, en effet, des enfants qui n'ont de convulsions que dans cette circonstance.

Si les enfants succombent, ce qui a été plus d'une fois observé, on ne trouve aucune altération dans le cerveau ; s'il offrait les traces d'une phlegmasie, les convulsions devraient alors être considérées comme des convulsions symptomatiques. Ces convulsions doivent être traitées de la manière que nous avons indiquée à la fin du chapitre que nous avons consacré aux convulsions essentielles.

Dans quelques cas, ce sont des troubles de la vision, strabisme ou amaurose et chute de la paupière, qui cessent après l'extraction de dents mal placées.

En voici un exemple sur un enfant qui, un instant, m'a semblé avoir un commencement d'affection cérébrale.

Observation II. — *Dentition donnant lieu à des accidents symptomatiques simulant la fièvre cérébrale.* — Un jeune enfant de quatorze mois, peu développé pour son âge, légèrement noué au niveau des articulations, porteur de deux dents incisives médianes inférieures, était au moment de voir sortir les deux médianes supérieures.

Cet enfant, assez bien portant de coutume, fut pris de fièvre à type intermittent. Il perdit l'appétit. Il n'eut pas de vomissements et parut être légèrement échauffé. Il toussa fort souvent, mais n'eut pas d'oppression bien caractérisée.

Au bout de deux jours, la fièvre, devenue très forte, s'accompagna d'agitation excessive et fort effrayante. Elle était presque nulle le matin et paraissait le soir ou dans la nuit à des heures indéterminées. L'enfant ne pouvait rester en place ; il était fort exigeant et difficile à satisfaire. Il criait sans cesse comme s'il éprouvait la douleur la plus vive. Ses mains égarées se crispaient en tous sens, et son visage était bouleversé. Il avait ce qu'on appelle des *convulsions internes*, mais il n'avait pas de véritables convulsions. Toutefois, avec cette agitation musculaire des membres et de la face, il régnait un trouble mental bien caractérisé. Ce jeune malade avait à chaque instant, dans les bras mêmes de sa mère, des frayeurs subites épouvantables. Etait-il dans son berceau, qu'il se dressait sur son séant en criant avec force, les yeux fixes, égarés et les mains en avant, combattant dans l'espace pour repousser un fantôme imaginaire. En quelques secondes ces accidents avaient cessé pour reparaître à chaque instant dans la nuit ou dans l'exacerbation fébrile : le calme apparaissait le matin à la fin de l'accès.

La tête est brûlante : sa température est plus élevée que celle du corps. La face est pâle, légèrement amaigrie, les yeux cernés ; les traits sont réguliers, sans expression particulière.

remèdes émollients. Lorsqu'elle prend un caract[illegible] plus sérieux, il f[illegible] combattre par les antiphlogistiques et les topiq[illegible] astringents.

L'influence de l'évolution dentaire sur l[illegible] maladies du tube digest[illegible] parfaitement bien établie; elle est démontr[illegible] par de nombreuses observ[illegible] Il y a des enfants qui éprouvent c[illegible]ment de la diarrhée à l'époq[illegible] la sortie de chacune de leurs dents. Le rapport entre ces deux phéno[illegible] repose donc sur une base inébranlable (1).

L'irritation d'entrailles qui est le résultat du travail de la dentition est [illegible]vent fort légère; elle dure à peine quelques jours, et cesse pour se repro[illegible] plus tard en pareille occasion. Elle ne paraît pas être liée à une altérati[illegible] l'intestin, car elle n'est point en général accompagnée par la fièvre; sa t[illegible]naison est presque toujours favorable. Dans quelques circonstances e[illegible]dant, elle présente tous les caractères de l'entéro-colite aiguë et dépend[illegible] phlegmasie de la muqueuse. Alors, elle peut revêtir les apparences de la [illegible]lérine et entraîner rapidement la mort des sujets, soit par la faiblesse des [illegible]breuses évacuations, soit à la suite d'accidents cérébraux convulsifs.

Toutefois la diarrhée de la dentition est le plus souvent idiopathique; [illegible] est peut-être le résultat d'une simple accélération du mouvement pérista[illegible] des intestins, occasionnée par l'état nerveux général des enfants. C'est p[illegible]blement une diarrhée nerveuse. En effet, si la peur, si le froid, si une [illegible] quelconque très vive, peuvent provoquer la diarrhée, et ce[illegible] incontestable, il n'est pas impossible que les douleurs de la dentition et [illegible]tation nerveuse qui en est la conséquence puissent déterminer le [illegible] résultat.

Quelle que soit la nature de cette diarrhée, il faut la combattre [illegible] moyens appropriés. D'abord elle affaiblit beaucoup les enfants et e[illegible] l'anémie; ensuite elle peut persister d'une manière définitive, et alo[illegible] évident qu'elle est symptomatique d'une altération intestinale chroni[illegible] trouvera plus loin, dans le chapitre consacré à l'étude de la diarrhée, [illegible] des moyens à l'aide desquels on peut remédier à cet accident.

Aphorismes.

183. Les premières dents doivent sortir de la mâchoire inférieure [illegible] sixième et le huitième mois.

184. Les premières dents se montrent fort tard et très lentement c[illegible] enfants rachitiques.

185. Les incisives médianes inférieures, puis les médianes supéri[illegible] ensuite les supérieures latérales, et après les latérales inférieures, sorte[illegible] cessivement et par groupes de leurs alvéoles respectifs.

(1) Voir un peu plus loin le tableau statistique qui démontre l'influence de la [illegible]n sur le développement de la diarrhée, chapitre De la Diarrhée.

186. Après les dents incisives commence l'évolution des premières petites molaires.

187. Les dents canines sortent toujours après les premières dents molaires.

188. Après la sortie des dents canines commence le travail qui doit préparer l'évolution des quatre nouvelles molaires qui complètent le râtelier de la première enfance.

189. Un court moment d'arrêt, véritable temps de repos, existe toujours entre la sortie de chaque groupe des dents de la première enfance.

190. Les dents de la première enfance sont au nombre de vingt, et s'appellent *caduques*, à cause de leur chute prématurée entre la septième et la huitième année.

191. Les dents caduques sont remplacées à leur chute par de nouvelles dents permanentes.

192. On voit de temps à autre une troisième dentition, mais c'est un phénomène bien rare.

193. Les bonnes et les mauvaises dents sont chose héréditaire dans les familles.

194. Les dents courtes, d'un blanc jaunâtre, sont les plus dures, les plus vivaces, et annoncent une bonne constitution.

195. Les dents blanches et longues sont molles et s'altèrent aisément.

196. Les dents à reflet bleuâtre annoncent une faible constitution et se rencontrent chez beaucoup de phthisiques.

197. L'évolution des dents engendre très souvent des accidents locaux de stomatite simple, ulcéreuse ou aphtheuse, et des phénomènes généraux, sympathiques, vers la peau, les muqueuses et le système nerveux.

198. La stomatite ulcéreuse, causée par la dentition, doit être soigneusement combattue, pour éviter la formation des engorgements ganglionnaires du cou.

199. La diarrhée de la dentition doit être arrêtée dès qu'elle devient très abondante.

200. Il est souverainement déraisonnable d'obéir à cet adage populaire, qui, partout et toujours, accorde l'immunité aux accidents de la première dentition.

CHAPITRE IV.

DES ANGINES.

Les angines sont des maladies aiguës ou chroniques de la gorge, donnant lieu à une plus ou moins grande difficulté d'avaler ou de respirer.

Elles sont très rares chez le nouveau-né, on ne commence à les observer qu'à la fin de la première année. Elles sont très fréquentes dans la seconde enfance, jusqu'à la puberté et dans l'âge adulte.

Quoique très anciennement connues, il règne la plus grande confusion dans leur histoire en raison de leur nature, et les dénominations d'*ulcère syriaque*, d'Arétée, de *mal de gorge gangréneux*, d'*angine simple*, d'*angine maligne*, d'*angine gangréneuse*, de *cynanche*, d'*esquinancie*, d'*angine couenneuse*, etc., etc., sous lesquelles on en a parlé, prouvent l'anarchie qui régnait parmi les médecins à cet égard.

Au commencement de ce siècle cependant on crut pouvoir mettre un peu d'ordre dans ce chaos. En prenant pour point de départ le siége et la nature de la lésion produite par l'angine, ses caractères anatomiques, on avait admis des angines tonsillaires et pharyngées simples, des angines gangréneuses, des angines ulcéreuses et une angine couenneuse formée par le dépôt de fausses membranes dans la gorge, pouvant gagner le larynx et former le croup. C'était un commencement de classification naturelle.

Dans le but de simplifier encore la description, M. Bretonneau reprit les idées de Ghisi, Vieusseux (1), Caron, etc., sur le croup déjà considéré alors comme une affection membraneuse du larynx, et il publia en 1826 un livre pour établir que l'angine ulcéreuse ou ulcère syriaque d'Arétée, l'angine maligne et l'angine gangréneuse n'existaient pas (2). Pensant que toutes ces maladies n'en formaient qu'une seule produisant toujours des fausses membranes sur la muqueuse de la gorge, il soutint que ce qu'on avait pris pour des eschares de gangrène, n'était que des fausses membranes noircies par le mucus, que les ulcères des amygdales n'étaient qu'une conséquence de l'affection couenneuse, et enfin que la production de fausses membranes caractérisait la nature de ces angines. Il vit de plus que des productions semblables se produisaient simultanément sur la peau dégarnie d'épiderme, qu'une sorte d'empoisonnement pouvait en être la conséquence, enfin qu'elles avaient une forme épidémique, et il en conclut que c'était là une maladie générale presque toujours lente. De là, le nom de *diphthérite*, de διφθέρα, membrane, donné aux maladies caractérisées par la présence de fausses membranes, et substitué à celui d'*angine maligne*, *gangréneuse*.

Cette généralisation faite d'après un seul caractère anatomique n'est pas exacte, et la simplification de l'histoire des angines qui repose sur elle est fort contestable, l'observation contredit également l'une et l'autre.

En effet, malgré l'étymologie, toutes les maladies couenneuses ne sont pas de la diphthérite. Chaque phlegmasie de la peau et des muqueuses peut donner lieu à une apparition de fausses membranes. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, dans les aphthes, dans l'angine scarlatineuse, dans la pneumonie fibrineuse, à la surface des ulcères, des vésicatoires et des cautères, à la surface des brûlures il existe très souvent des fausses membranes, sans qu'il y ait d'état général particulier ni d'empoisonnement à craindre. Chez un individu sain

(1) Vieusseux, *Mémoire sur le croup ou angine trachéale*. Paris, 1812, in-8.

(2) *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux*. Paris, 1826.

et devant rester sain, on produit à volonté, par la vésication des fausses membranes qui n'ont rien de dangereux. Il est donc impossible de dire que toutes les inflammations pelliculaires ou couenneuses sont la conséquence d'une maladie générale. Ce point de départ anatomique est essentiellement faux, car il conduit à admettre des maladies couenneuses sans diphthérite, c'est-à-dire en parlant grec, de la *diphthérite sans diphthérite*, déplorable confusion qu'il faudrait pouvoir éviter.

D'autre part, en niant l'existence des angines ulcéreuses malignes, et des angines gangréneuses admises jusque-là pour les faire rentrer dans une seule espèce d'angine dite couenneuse constituant la *diphthérite*, M. Bretonneau a méconnu un grand nombre de faits d'angines gangréneuses et malignes qu'il faut aujourd'hui réintégrer, et l'unité morbide faite aux dépens de ce qui existait par le rapprochement forcé des angines ulcéreuse et gangréneuse ne saurait être reconnue. C'est une simplification inacceptable.

Reprenant donc dans l'histoire des angines ce qu'on a eu tort de vouloir faire oublier, et convaincu par de nombreuses observations que l'ulcère syriaque ou angine ulcéreuse et que l'angine gangréneuse et maligne existent encore aujourd'hui sans production de fausses membranes dans la gorge, j'admettrai parmi les angines de l'enfance :

1° L'angine érythémateuse catarrhale;

2° L'angine tonsillaire phlegmoneuse;

3° L'angine ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse.

ARTICLE PREMIER.

DE L'ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE.

L'angine érythémateuse est une inflammation superficielle de la muqueuse de l'arrière-bouche, des amygdales et du pharynx.

Elle s'observe rarement chez le nouveau-né, et est infiniment plus commune chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance.

Elle accompagne ordinairement le coryza des nouveau-nés, et paraît être sous la dépendance du froid, ou d'une diathèse telle que la scrofule ou la syphilis héréditaire. — Dans quelques cas elle résulte de la brûlure du pharynx par des boissons trop chaudes ; ailleurs enfin sa cause reste complétement inconnue.

Caractérisée par une rougeur uniforme assez intense de la muqueuse du pharynx, du voile du palais et de ses piliers, quelquefois par un pointillé rouge de toutes les parties, l'angine érythémateuse ne donne pas lieu à un gonflement appréciable ni douloureux, comme dans l'angine maligne. Elle n'occasionne que peu de fièvre, mais des malaises assez prononcés, surtout dans la première enfance ; chez les petits enfants, il s'y joint de la gêne de la respiration, par suite des mucosités qui obstruent l'arrière-gorge, ce qui, pendant la nuit, rend le sommeil difficile et agité.

remèdes émollients. Lorsqu'elle prend un caractère plus sérieux, il faut la combattre par les antiphlogistiques et les topiques astringents.

L'influence de l'évolution dentaire sur les maladies du tube digestif est parfaitement bien établie; elle est démontrée par de nombreuses observations. Il y a des enfants qui éprouvent constamment de la diarrhée à l'époque de la sortie de chacune de leurs dents. Le rapport entre ces deux phénomènes repose donc sur une base inébranlable (1).

L'irritation d'entrailles qui est le résultat du travail de la dentition est souvent fort légère; elle dure à peine quelques jours, et cesse pour se reproduire plus tard en pareille occasion. Elle ne paraît pas être liée à une altération de l'intestin, car elle n'est point en général accompagnée par la fièvre; sa terminaison est presque toujours favorable. Dans quelques circonstances cependant, elle présente tous les caractères de l'entéro-colite aiguë et dépend de la phlegmasie de la muqueuse. Alors, elle peut revêtir les apparences de la dysentérine et entraîner rapidement la mort des sujets, soit par la faiblesse de nombreuses évacuations, soit à la suite d'accidents cérébraux convulsifs.

Toutefois la diarrhée de la dentition est le plus souvent idiopathique; elle est peut-être le résultat d'une simple accélération du mouvement péristaltique des intestins, occasionnée par l'état nerveux général des enfants. C'est probablement une diarrhée nerveuse. En effet, si la peur, si le froid, si une émotion morale quelconque très vive, peuvent provoquer la diarrhée, et cela incontestable, il n'est pas impossible que les douleurs de la dentition et l'irritation nerveuse qui en est la conséquence puissent déterminer le même résultat.

Quelle que soit la nature de cette diarrhée, il faut la combattre par des moyens appropriés. D'abord elle affaiblit beaucoup les enfants et engendre l'anémie; ensuite elle peut persister d'une manière définitive, et alors il est évident qu'elle est symptomatique d'une altération intestinale chronique. On la trouvera plus loin, dans le chapitre consacré à l'étude de la diarrhée, les détails des moyens à l'aide desquels on peut remédier à cet accident.

Aphorismes.

183. Les premières dents doivent sortir de la mâchoire inférieure entre le sixième et le huitième mois.

184. Les premières dents se montrent fort tard et très lentement chez les enfants rachitiques.

185. Les incisives médianes inférieures, puis les médianes supérieures, ensuite les supérieures latérales, et après les latérales inférieures, sortent successivement et par groupes de leurs alvéoles respectifs.

(1) Voir un peu plus loin le tableau statistique qui démontre l'influence de la dentition sur le développement de la diarrhée, chapitre DE LA DIARRHÉE.

L'arrière-bouche, le voile du palais, le pharynx et les amygdales sont rouges, tuméfiés, pendant tout le temps que dure l'inflammation aiguë, et dans l'inflammation chronique, avec une rougeur moindre. Il existe à divers degrés une hypertrophie des amygdales. — Il n'y a jamais de suppuration à cet âge. Je n'en ai pas vu, et je n'en connais pas d'exemple. Cette inflammation détermine souvent le gonflement aigu ou chronique des ganglions lymphatiques du cou.

Chez les jeunes enfants, l'amygdalite a des symptômes tout différents de ceux de l'amygdalite chez l'adulte. — Les enfants ont de la fièvre, de la douleur sous les angles de la mâchoire, et l'on y sent quelquefois l'amygdale ou des ganglions lymphatiques un peu tuméfiés. La mâchoire est d'ailleurs facile à ouvrir, et les mouvements du cou ne sont pas empêchés. — Il n'y a pas de gêne de déglutition comme chez l'adulte, ce qui rend le diagnostic très difficile, et la physionomie n'est pas déformée comme chez l'adulte. Dans quelques circonstances l'amygdalite aiguë est le point de départ d'une otite aiguë ou chronique et d'une otorrhée plus ou moins longue.

Les symptômes généraux sympathiques sont les plus graves. Avec une fièvre intense, il y a, ordinairement, congestion du visage et de la tête, agitation des membres, loquacité, exaltation cérébrale qui font craindre une maladie du cerveau. Tout cela n'a rien de grave et disparaît en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

La soif est fréquente et l'appétit a disparu. Il n'y a pas de vomissement ni de diarrhée.

En quelques jours les accidents aigus disparaissent, la fièvre, qui seule persistait, disparaît à son tour, et les enfants guérissent totalement, à moins que la phlegmasie ne passe à l'état chronique, laissant après elle un commencement d'hypertrophie des amygdales.

Dans l'état chronique, les amygdales sont habituellement gonflées, et de temps à autre le siége d'une nouvelle inflammation aiguë qui rend les enfants malades. Alors la maladie offre les mêmes caractères, seulement la gêne de la respiration n'est plus si marquée que dans l'amygdalite aiguë sans hypertrophie des amygdales.

L'amygdalite chronique avec hypertrophie des amygdales est grave, non pas en elle-même, mais par les conséquences qu'elle peut avoir. Ainsi elle est à chaque instant le point de départ d'une amygdalite aiguë; elle force les enfants à respirer la bouche ouverte, ce qui leur donne une expression de niaiserie désagréable, elle les fait ronfler pendant leur sommeil; elle diminue *la prise d'air* de chaque inspiration, nuit à l'hématose et amène le rétrécissement de la cage thoracique, comme l'a très bien établi Dupuytren.

L'amygdalite aiguë doit être combattue par les pédiluves à l'eau de savon, à l'eau de cendres, à l'eau de moutarde, avec les cataplasmes sinapisés et les sinapismes, avec l'eau d'orge et le sirop de mûres, les fumigations de vapeur d'eau de guimauve, la diète et le repos au lit.

Quoique très anciennement connues, il règne la plus grande con dans leur histoire en raison de leur nature, et les dénominations d' *syriaque*, d'Arétée, de *mal de gorge gangréneux*, d'*angine simple*, d' *maligne*, d'*angine gangréneuse*, de *cynanche*, d'*esquinancie*, d'*angine neuse*, etc., etc., sous lesquelles on en a parlé, prouvent l'anarchie qui parmi les médecins à cet égard.

Au commencement de ce siècle cependant on crut pouvoir mettre u d'ordre dans ce chaos. En prenant pour point de départ le siége et la de la lésion produite par l'angine, ses caractères anatomiques, on avait des angines tonsillaires et pharyngées simples, des angines gangréneuse angines ulcéreuses et une angine couenneuse formée par le dépôt de fa membranes dans la gorge, pouvant gagner le larynx et former le croup. C un commencement de classification naturelle.

Dans le but de simplifier encore la description, M. Bretonneau repr idées de Ghisi, Vieusseux (1), Caron, etc., sur le croup déjà considéré comme une affection membraneuse du larynx, et il publia en 1826 un pour établir que l'angine ulcéreuse ou ulcère syriaque d'Arétée, l'angine maligne et l'angine gangréneuse n'existaient pas (2). Pensant que toute maladies n'en formaient qu'une seule produisant toujours des fausses m branes sur la muqueuse de la gorge, il soutint que ce qu'on avait pris eschares de gangrène, n'était que des fausses membranes noircies par les que les ulcères des amygdales n'étaient qu'une conséquence de l'affe couenneuse, et enfin que la production de fausses membranes caracté la nature de ces angines. Il vit de plus que des productions semblables se duisaient simultanément sur la peau dégarnie d'épiderme, qu'une sorte d poisonnement pouvait en être la conséquence, enfin qu'elles avaient une f épidémique, et il en conclut que c'était là une maladie générale presque lente. De là, le nom de *diphthérite*, de διφθέρα, membrane, donné aux ma caractérisées par la présence de fausses membranes, et substitué à d'*angine maligne*, *gangréneuse*.

Cette généralisation faite d'après un seul caractère anatomique n'est exacte, et la simplification de l'histoire des angines qui repose sur elle a contestable, l'observation contredit également l'une et l'autre.

En effet, malgré l'étymologie, toutes les maladies couenneuses ne so de la diphthérite. Chaque phlegmasie de la peau et des muqueuses peut d lieu à une apparition de fausses membranes. Dans la stomatite ulcéro-me neuse, dans les aphthes, dans l'angine scarlatineuse, dans la pneumonie euse, à la surface des ulcères, des vésicatoires et des cautères, à la surfac rûlures il existe très souvent des fausses membranes, sans qu'il y ait d général particulier ni d'empoisonnement à craindre. Chez un individu

Vieusseux, *Mémoire sur le croup ou angine trachéale*. Paris, 1812, in-8.
Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux. Paris, 1826.

evant rester sain, on produit à volonté, par la vésication des fausses mem-nes qui n'ont rien de dangereux. Il est donc impossible de dire que toutes inflammations pelliculaires ou couenneuses sont la conséquence d'une ma-e générale. Ce point de départ anatomique est essentiellement faux, car il duit à admettre des maladies couenneuses sans diphthérite, c'est-à-dire parlant grec, de la *diphthérite sans diphthérite*, déplorable confusion qu'il drait pouvoir éviter.

D'autre part, en niant l'existence des angines ulcéreuses malignes, et des gines gangréneuses admises jusque-là pour les faire rentrer dans une seule èce d'angine dite couenneuse constituant la *diphthérite*, M. Bretonneau a connu un grand nombre de faits d'angines gangréneuses et malignes qu'il t aujourd'hui réintégrer, et l'unité morbide faite aux dépens de ce qui stait par le rapprochement forcé des angines ulcéreuse et gangréneuse ne rait être reconnue. C'est une simplification inacceptable.

Reprenant donc dans l'histoire des angines ce qu'on a eu tort de vouloir e oublier, et convaincu par de nombreuses observations que l'ulcère syria-e ou angine ulcéreuse et que l'angine gangréneuse et maligne existent ore aujourd'hui sans production de fausses membranes dans la gorge, mettrai parmi les angines de l'enfance :

1° L'angine érythémateuse catarrhale;

2° L'angine tonsillaire phlegmoneuse;

3° L'angine ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse.

ARTICLE PREMIER.

DE L'ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE.

L'angine érythémateuse est une inflammation superficielle de la muqueuse l'arrière-bouche, des amygdales et du pharynx.

Elle s'observe rarement chez le nouveau-né, et est infiniment plus com-ne chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance.

Elle accompagne ordinairement le coryza des nouveau-nés, et paraît être s la dépendance du froid, ou d'une diathèse telle que la scrofule ou la hilis héréditaire. — Dans quelques cas elle résulte de la brûlure du pha-x par des boissons trop chaudes ; ailleurs enfin sa cause reste complète-t inconnue.

Caractérisée par une rougeur uniforme assez intense de la muqueuse du rynx, du voile du palais et de ses piliers, quelquefois par un pointillé rouge outes les parties, l'angine érythémateuse ne donne pas lieu à un gonfle-t appréciable ni douloureux, comme dans l'angine maligne. Elle n'occa-ne que peu de fièvre, mais des malaises assez prononcés, surtout dans la nière enfance ; chez les petits enfants, il s'y joint de la gêne de la respira-par suite des mucosités qui obstruent l'arrière-gorge, ce qui, pendant la rend le sommeil difficile et agité.

Cette angine reste aussi dans cet état pendant plusieurs jours avant de disparaître. Chez quelques enfants elle cesse complétement, et chez d'autres passe à l'*état chronique*. Alors les symptômes s'amendent, mais ils reparaissent avec la plus grande facilité, et à chaque instant ce sont de nouvelles atteintes aiguës de la maladie. Chez quelques-uns elle se termine par une faible bronchite.

Quand elle passe à l'état chronique, elle amène l'hypertrophie des amygdales et devient ainsi une des causes de l'amygdalite chronique.

L'angine érythémateuse n'a pas de gravité. Habituellement de courte durée, elle ne se prolonge ou n'est suivie de bronchite que chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. Même dans sa forme chronique c'est une maladie peu grave.

Traitement.

Le traitement de l'angine érythémateuse se compose, des moyens les plus simples.

Quelques révulsifs, tels que les bains de pieds à l'eau de savon, à la farine de moutarde ou aux cendres, des bottes de coton couvert de taffetas gommé, des sinapismes, etc., etc., devront être mis en usage.

Il faut en outre donner de l'ipécacuanha ou de l'émétique à dose en rapport avec l'âge des enfants, si des mucosités encombrent le pharynx, des bouchons blancs, à titre de remède adoucissant, des pilules de beurre roulé dans de la poudre de sucre, enfin comme astringents, du sirop de mûres à la cuiller ou dans de l'eau de gomme et des infusions pectorales.

Le cou devra être entouré de coton cardé, de laine ou de cataplasmes chauds de mie de pain délayée dans du lait.

Quand la maladie est chronique il faut lui opposer, des frictions à l'huile de croton pour amener sur la poitrine une éruption qu'on laisse sécher, ou un vésicatoire à demeure au bras pendant un mois.

ARTICLE II.

DE L'AMYGDALITE OU ANGINE TONSILLAIRE PHLEGMONEUSE.

On donne le nom d'amygdalite à l'inflammation des amygdales. C'est une maladie rare chez le nouveau-né, plus fréquente chez les enfants d'un à deux ans, très commune dans la seconde enfance.

Elle a pour cause générale le tempérament lymphatique et la constitution scrofuleuse, elle se développe sous l'influence des boissons trop chaudes, des cravates épaisses qu'on a l'habitude de mettre autour du cou des enfants, et sous l'influence d'un refroidissement à la suite d'une transpiration provoquée par la chaleur et l'exercice.

Elle existe à l'*état aigu* et à l'*état chronique*. Alors elle se présente sous la forme d'une simple hypertrophie des amygdales.

L'arrière-bouche, le voile du palais, le pharynx et les amygdales sont rouges, uméfiés, pendant tout le temps que dure l'inflammation aiguë, et dans l'inammation chronique, avec une rougeur moindre il existe à divers degrés ne hypertrophie des amygdales. — Il n'y a jamais de suppuration à cet âge. e n'en ai pas vu, et je n'en connais pas d'exemple. Cette inflammation déterine souvent le gonflement aigu ou chronique des ganglions lymphatiques du ou.

Chez les jeunes enfants, l'amygdalite a des symptômes tout différents de eux de l'amygdalite chez l'adulte. — Les enfants ont de la fièvre, de douleur sous les angles de la mâchoire, et l'on y sent quelquefois l'amygdale u des ganglions lymphatiques un peu tuméfiés. La mâchoire est d'ailleurs cile à ouvrir, et les mouvements du cou ne sont pas empêchés. — Il n'y a s de gêne de déglutition comme chez l'adulte, ce qui rend le diagnostic très ficile, et la physionomie n'est pas déformée comme chez l'adulte. Dans elques circonstances l'amygdalite aiguë est le point de départ d'une otite guë ou chronique et d'une otorrhée plus ou moins longue.

Les symptômes généraux sympathiques sont les plus graves. Avec une vre intense, il y a, ordinairement, congestion du visage et de la tête, tation des membres, loquacité, exaltation cérébrale qui font craindre une ladie du cerveau. Tout cela n'a rien de grave et disparaît en vingtatre ou quarante-huit heures.

Les soif est fréquente et l'appétit a disparu. Il n'y a pas de vomissement ni diarrhée.

En quelques jours les accidents aigus disparaissent, la fièvre, qui seule pertait, disparaît à son tour, et les enfants guérissent totalement, à moins que la legmasie ne passe à l'état chronique, laissant après elle un commencement hypertrophie des amygdales.

Dans l'état chronique, les amygdales sont habituellement gonflées, et de temps utre le siége d'une nouvelle inflammation aiguë qui rend les enfants malas. Alors la maladie offre les mêmes caractères, seulement la gêne de la restation n'est plus si marquée que dans l'amygdalite aiguë sans hypertrophie s amygdales.

L'amygdalite chronique avec hypertrophie des amygdales est grave, non s en elle-même, mais par les conséquences qu'elle peut avoir. Ainsi elle est haque instant le point de départ d'une amygdalite aiguë; elle force les ents à respirer la bouche ouverte, ce qui leur donne une expression de niaiie désagréable, elle les fait ronfler pendant leur sommeil; elle diminue *la ise d'air* de chaque inspiration, nuit à l'hématose et amène le rétrécissement de la cage thoracique, comme l'a très bien établi Dupuytren.

L'amygdalite aiguë doit être combattue par les pédiluves à l'eau de savon, eau de cendres, à l'eau de moutarde, avec les cataplasmes sinapisés et les smes, avec l'eau d'orge et le sirop de mûres, les fumigations de vapeur de guimauve, la diète et le repos au lit.

L'amygdalite chronique doit être traitée avec l'eau d'orge et le sirop de mûres, et s'il y a hypertrophie des amygdales, il faut le plus tôt possible faire l'ablation de ces glandes devenues nuisibles.

ARTICLE III.

DE L'ANGINE ULCÉREUSE, GANGRÉNEUSE ET COUENNEUSE.

J'ai dit, au début de ce chapitre, qu'on avait voulu simplifier l'histoire des angines en réunissant par force, et contre tous les témoignages de l'observation clinique, sous le nom d'angine couenneuse et de diphthérite, ce qu'on appelait jadis l'ulcère syriaque de la gorge, le mal de gorge gangréneux, l'angine gangréneuse et l'angine maligne.

Emportés par le courant des idées anatomo-pathologiques, quelques médecins ont pensé qu'on pouvait caractériser les angines par leur produit anatomique, comme si les éléments anatomiques suffisaient à révéler la nature de ces maladies. C'est une erreur. Les fausses membranes sur une plaie ne caractérisent pas plus la nature de la maladie que le pus, l'épithélium, le tissu fibro-plastique, etc., trouvés sur un organe, ne spécifient la cause morbide. La spécificité d'une maladie n'est pas dans son produit anatomique, mais bien dans sa cause, dans ses résultats dynamiques, dans sa marche et dans ses conséquences pour l'individu qui la porte.

Toutes les plaies, quelle que soit leur nature, muqueuses ou cutanées, peuvent se recouvrir de *fausses membranes*. On en fait venir à volonté chez des sujets sains et qui resteront tels.

Le *pus* se forme sur des plaies virulentes traumatiques et sur toutes les ulcérations sans en caractériser aucune.

Du tissu *fibro-plastique* existe dans toutes les inflammations chroniques comme dans les tumeurs entraînant l'opération, et il n'a rien de spécial.

L'épithélium se produit partout où il y a frottement et dans quelques tumeurs fort dangereuses, et on sait qu'il n'est caractéristique d'aucune maladie. — Ainsi du cancer, etc., etc.

Il est donc impossible de considérer comme une espèce morbide toute maladie accompagnée de fausses membranes. Ce produit ne caractérise rien. On le trouve dans les inflammations les plus différentes par leur nature, par leur gravité et par leur terminaison et dans certains cas de phlegmasie à nature semblable, il peut ne pas exister. — C'est ce qui arrive dans l'angine épidémique maligne, ulcéreuse et gangréneuse.

Malgré l'affirmation de M. Bretonneau qui déclare que « l'angine maligne » gangréneuse n'est pas gangréneuse » et que ce que l'on a pris pour du sphacèle n'en était pas, je continuerai d'admettre la réalité des angines malignes gangréneuses, dont les récentes épidémies confirment l'existence.

Bientôt, en effet, la maladie produit l'ulcération des amygdales (angine ulcé-

se) la gangrène (angine gangréneuse), et chez quelques autres enfin, l'an- e couenneuse et le croup. La même affection a, pour conséquence, trois duits différents, l'ulcération, la gangrène, l'exsudation couenneuse. En raison a gravité et de l'empoisonnement qu'elle détermine, on l'appelait *maligne*. ourquoi substituer à ce nom celui d'un des trois produits anatomiques de usse membrane auxquels elle peut donner naissance et qui n'a rien de ial, car on peut le produire à volonté chez des sujets parfaitement sains? e n'y vois pas de réel avantage pour la science. Toutefois, comme il est éralement employé, et après ces réserves, je continuerai de m'en servir (1).

es angines ulcéreuses, gangréneuses ou couenneuses sont de deux espèces : *gnes* et *malignes*.

es angines que j'appelle bénignes sont ce que M. Bretonneau appelait gine *couenneuse commune*, n'y voyant toujours que la fausse membrane ; s décrit ainsi :

Tuméfaction de l'une des tonsilles, quelquefois de toutes les deux ; dé- sion centrale *ulcéreuse* d'un blanc jaunâtre : cette teinte est due à un en- couenneux adhérent. Déglutition douloureuse ; fièvre ordinairement assez se ; les villosités redressées de la langue sont salies par un enduit limo- c..... Souvent une légère éruption herpétique se montre au voisinage des es ; les ganglions cervicaux sont médiocrement douloureux et peu tumé- lors même que la durée de cette affection n'est pas abrégée par un trai- ent convenable, elle se prolonge rarement au delà du septième jour. »

omme on le voit, M. Bretonneau admet des angines couenneuses sans thérite. Pour lui, en effet, *la diphthérite n'est plus la fausse membrane*, s l'empoisonnement qui accompagne son évolution.

es angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses malignes sont celles nées sous une influence *sporadique* ou *épidémique*, donnent lieu à des omènes généraux d'empoisonnement et d'infection de l'organisme avec ninurie ou résorption de produits gangréneux et purulents septiques.

Elles sont aux angines simples ce que le charbon est à la pustule maligne, ue l'anthrax malin est à l'anthrax ordinaire. Ces angines sont ce que l'on gne aussi sous le nom de diphthérite. Je veux les décrire à part dans deux ètres séparés. Ainsi :

Des angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses bénignes ;

Des angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses malignes.

. — De l'angine ulcéreuse, gangréneuse, couenneuse bénigne.

on voit souvent dans le cours de l'enfance et même quelquefois chez lte, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence du froid, ou pendant la tine, ou enfin après l'usage du mercure, même en assez petite quantité, air les différentes formes d'angine simple bénigne dont je viens de parler.

(1) Voir plus loin le chapitre DIPHTHÉRITE.

Avec ou sans fièvre, les amygdales se tuméfient et il y a de la rougeur sur le voile du palais et dans le pharynx. Sur les amygdales, un point blanc se montre, c'est une vésicule qui se déchire et qui produit rapidement, en vingt-quatre heures, une ulcération déchiquetée grisâtre, qui s'agrandit et creuse très vite en infectant l'haleine. Elle se recouvre çà et là de fausses membranes ou même d'eschare noirâtre, aux dépens du tissu de la tonsille mortifiée. Les ganglions cervicaux s'engorgent, il se fait souvent un peu d'*herpès labialis*, puis, au bout de quelques jours, la maladie guérit sans laisser de traces.

C'est ce qu'on a appelé *angine couenneuse commune*, *angine pultacée* simple ou scarlatineuse, diphthérite molle (1) non infectante, ou *diphthérite* pour l'opposer à la diphthérite dure, suivie d'infection générale.

Ces angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses simples guérissent avec la plus grande facilité et très rapidement.

Dans quelques cas cependant, elles se prolongent et changent de caractère ou plutôt de nature. Elles deviennent malignes par suite de la résorption de quelques-uns des produits sécrétés à la surface de la plaie. — Il en résulte une prostration et une fièvre assez vive, de l'albuminurie et la mort.

Un vomitif doit être donné au début et suivi de quelques applications de glycérine pure avec un pinceau, ou de cautérisations légères au nitrate d'argent.

Des gargarismes d'eau froide, d'eau aluminée, de miel rosat, des boissons acidules, etc., suffisent au traitement de cette affection bénigne.

§ II. — De l'angine ulcéreuse, gangréneuse, couenneuse maligne.

Nous savons ce qu'est l'angine maligne, les confusions dont elle est l'objet, les difficultés de diagnostic et de nosographie auxquelles elle a donné lieu, il suffit de consulter sa nombreuse synonymie pour savoir à quoi s'en tenir sur ces différents points. Nous n'y reviendrons pas.

L'angine maligne est une affection *sporadique*, mais ordinairement *épidémique*, dont les ravages sont très considérables. En Angleterre, en France, en Espagne, en Portugal, en Italie, des épidémies de cette nature ont été observées en très grand nombre. Il en a été fait de nombreuses relations. Parmi les plus importantes de celles qui nous ont été laissées, il faut mentionner surtout celles d'Arétée, d'Aetius, de Mercatus, de Carnevale, de Cl... de Rosen, de Samuel Bard, d'Huxham, de Fothergill, etc. Il y en a de plus récentes de MM. Durand, Delbet, etc., pour les épidémies modernes, et particulièrement pour celle qui parcourt la France depuis plusieurs années. La relation publiée par M. Delbet mérite une attention toute particulière, en ce qu'elle montre les angines malignes suivies de gangrène, sans fausses mem-

(1) Bouchut, *Gazette hebdomadaire*, 1858.

croup occasionner la mort par suite de l'intoxication que M. Bre- systématiquem attribuée à la fausse membrane, c'est-à-dire à la (1).

die est *contagieuse* non à la manière des maladies virulentes ino- nais comme les maladies miasmatiques dont le germe aérien pénètre ps par la respiration. L'enfant n'reçoit ainsi de son frère, et quel- si la mère de ses enfants dans les soins qu'elle leur donne. C'est de ère qu'elle est portée d'un village à un autre par des gens en com- avec les malades, et qu'elle ravage ainsi une contrée pendant si . Toutefois, si elle est contagieuse par les miasmes ou par des germes ature émanés des malades, elle n'a pu être inoculée, et les essais de quelques médecins sur eux-mêmes n'ont donné aucun résultat lleurs elle se propage purement et simplement par *infection*. C'est die *infecto-contagieuse* (2).

e maligne se développe en toute saison, aussi bien en été qu'en ns toutes les localités, villes ou campagnes ; chez les pauvres un peu chez les riches, en raison du défaut de prudence des parents qui ne pas assez de la contagion.

serve sur les sujets de toute constitution, et à tous les âges. Toute- t rare chez le nouveau-né et chez les enfants à la mamelle. Elle est équente à partir de l'âge de trois ans, et elle sévit particulièrement onde enfance. Tous les enfants d'une petite localité peuvent en quel- s être emportés par elle quand elle atteint son plus haut degré d'in- ans ces cas, les adultes sont également frappés en très grand nombre t beaucoup qui succombent.

Symptômes.

on pourra le voir dans les descriptions récentes de l'angine maligne MM. Ancelon, Durand, Delbet, Juguand, etc., etc., les symptômes e maligne au début sont très variables et diffèrent dans l'enfance de sont chez l'adulte. Ce dernier offre des symptômes généraux qu'on pas dans les premières années de la vie.

Symptômes chez l'adulte.

adulte, l'angine commence par des malaises, des vertiges, des horri- suivies d'une chaleur intense, de la céphalalgie, de l'inappétence, de et un abattement quelquefois très considérable. Vient ensuite un de gorge, qui augmente progressivement et qui est accompagné nent nasal ou, dans certains cas graves, d'écoulement muqueux par la

l'angine maligne, 1860, thèse n° 168.

r dans ma *Pathologie générale*. Paris, 1857, p. 183, *De l'infecto-contagion*.

La muqueuse du pharynx est rouge, livide, tuméfiée, et les ganglions sous-maxillaires déjà tuméfiés.

On observe quelquefois de la diarrhée ou des vomissements, mais cela varie dans chaque épidémie.

Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, il se produit une grande prostration avec fréquence et petitesse du pouls; la déglutition est difficile et douloureuse et quelquefois les boissons reviennent par le nez; la langue est sale, la bouche béante laissant écouler de la salive visqueuse; le gonflement des ganglions augmente et s'étend aux parties voisines et parotidiennes, et cela s'explique par l'altération profonde de la muqueuse pharyngée.

Il y a une rougeur livide énorme de cette muqueuse. Les amygdales augmentent de volume et se touchent presque par leur face interne: chez les uns il n'y a que gonflement de la muqueuse, rougeur et lividité, quand la mort est très rapide et foudroyante; chez d'autres, il se fait sur les amygdales une fausse membrane au-dessous de laquelle le tissu est érodé, ou ulcéré et détruit. Ailleurs il n'y a qu'ulcération sordide, profonde, anfractueuse et déchiquetée. Sur un certain nombre de malades enfin il y a de véritables eschares par suite du sphacèle des amygdales, de la luette et du pharynx, et les malades exhalent une odeur fétide. M. Delbet dit même avoir vu un enfant vomir son épiglotte gangrenée (1). Alors l'haleine fétide répand quelquefois une odeur de gangrène insupportable qui n'existe pas dans l'enfance.

Dans les cas peu graves, du cinquième au septième jour, l'état de la gorge s'améliore, les phénomènes généraux perdent de leur gravité successivement et les malades reviennent à la santé en conservant une convalescence pénible exposée aux syncopes, aux paralysies, à l'amaurose et à la dyspepsie.

Dans les cas graves, la maladie est quelquefois foudroyante et tue en douze ou quinze heures. M. Delbet en cite trois cas dans lesquels l'autopsie a révélé qu'une simple rougeur noirâtre du pharynx, sans fausse membrane ni gangrène. Tous les médecins qui ont décrit l'angine maligne citent des faits analogues.

Ailleurs, la maladie encore très grave dure plus longtemps et il y a lutte entre elle et sa victime. Au troisième, quatrième ou cinquième jour, les lésions s'étendent. Des fausses membranes se produisent dans le pharynx et dans les fosses nasales d'où s'écoule en abondance un liquide séro-purulent. Elles deviennent noires ou tombent, et laissent à leur place des ulcérations profondes irrégulières sur les amygdales ou sur les parties voisines. Ailleurs il se fait des modifications plus ou moins étendues produisant des eschares adhérentes à demi détachées qu'on peut enlever avec des pinces. L'épiglotte, la luette, des fragments plus ou moins volumineux des amygdales peuvent ainsi être séparés du corps et rejetés à l'extérieur.

Un exanthème semblable à celui de la scarlatine, déjà indiqué par Fothergill, se montre au cou, à la poitrine et sur les membres. Caractérisé par un pi[illegible]

(1) *Loc. cit.*, p. 21.

rficiel plus ou moins vif, il donne lieu a une teinte presque uni-
lequel la trac du doigt fait une rayure blanche comme dans la
Il n'est jamais suivi de desquamation.

eu les traits s'altèrent, le visage pâlit comme s'il y avait eu une
ie considérable, tous les tissus se décolorent et se remplissent d'un
plutôt que rouge, le pouls s'affaiblit et la mort arrive au milieu
tration considérable.

Symptômes de l'angine maligne dans l'enfance.

nts sont en grand nombre frappés par l'angine maligne ulcéreuse,
se et couenneuse. Là, il y a peu de phénomènes généraux d'in-
maladie débute souvent d'une façon insidieuse par des malaises
n ne fait pas attention, par un mal de gorge resté inaperçu. C'est
ion qu'elle commence par du délire, des vomissements ou une forte
gêne dans la gorge est d'abord peu considérable, mais elle augmente
t, les amygdales tuméfiées se sentent sous l'angle de la mâchoire, et
éfaction des ganglions sous-maxillaires.

utition devient difficile, douloureuse, et c'est à peine si les enfants
ire. Chez quelques-uns, les boissons reviennent par le nez, qui
à jeter du mucus plus ou moins épais, et à l'orifice des narines, on
nt une surface grisâtre purulente.

es enfants vomissent, mais plus souvent ils ont de la diarrhée.

de l'abattement, de la tristesse, quelquefois, mais par exception, du
ne fièvre plus ou moins vive.

nes sont ordinairement albumineuses, et remplies de débris de tubes

fond de la gorge, les lésions sont différentes suivant la forme d'angine
éveloppée, selon qu'il existe une angine ulcéreuse, une angine gan-
ou une angine couenneuse.

angine maligne ulcéreuse, toute la muqueuse du voile du palais et
, celle du pharynx est rouge, livide, gonflée, pointillée de noir. Les
sont plus ou moins tuméfiées et couvertes d'ulcérations déchique-
ondes, anfractueuses, saignantes, dont les bords sont taillés à pic et
nd inégal est couvert d'aspérités livides ou grisâtres sans fausses
es.

ci trois exemples :

ATION I. — *Angine maligne ulcéreuse; empoisonnement. Mort.* — Le
e 1858, je fus appelé à voir dans la clientèle du docteur Besançon, et
un garçon de quatre ans, dont le frère était récemment guéri d'angine
se et de croup. Il avait, depuis quatre jours, une angine avec ulcéra-
amygdales et du pharynx sans fausse membrane sans aphonie, ni rau-
a voix. M. Besançon lui avait donné 4 grammes de chlorate de
ar jour. Tout à coup, l'enfant qui était rose et bien coloré, devint
nâtre, comme s'il était empoisonné ou comme s'il venait d'avoir un

hémorrhagie ; il était fort abattu, son pouls était à 1[illegible] et il n'y avait pas moindre écoulement de sang par les selles. On le [illegible]yait aux approches mort, et c'est alors que je l'examinai.

Le visage, les muqueuses de la bouche et des lèvres, les gencives et la l[illegible] étaient pâles et complétement décolorées ; les amygdales peu volumineuses pharynx étaient le siége d'ulcérations sans odeur, grisâtres, déchiquetées, cou[illegible] de bourgeons charnus, rougeâtres, f[illegible]les à faire saigner ; les ganglions cerv[illegible] n'étaient pas engorgés et le cri aussi bien la parole étaient parfaitement [illegible] il n'y avait aucune anesthésie de la peau, et la respiration vésiculaire se f[illegible] entendre d'une façon toute naturelle dans les deux côtés de la poitrine.

Pas de vomissements ni de diarrhée.

Légère bouffissure de la face et des membres sans albuminurie.

Peau modérément chaude; pouls petit, régulier, 140.

Nous donnâmes de l'eau rougie, une goutte de teinture d'aconit par heure, [illegible] fit des applications de glycérine tenant en dissolution du chlorate de potas[illegible]

L'enfant reprit des forces et de la gaieté, les ulcérations du pharynx par[illegible] un peu moins profondes ; mais la pâleur resta la même, et après trois jou[illegible] soins infructueux, l'enfant succomba au milieu de cet état général de prostr[illegible] et d'adynamie, sans autre lésion que des ulcérations phagédéniques dans le p[illegible] rynx.

Observation II. — *Angine maligne ulcéreuse; empoisonnement. Mort; [illegible] topsie.*— Lemoine (Esther), deux ans et demi, rue Assure, 6, à Belleville, [illegible] Paris, est entrée, le 9 octobre 1860, au n° 1 de la salle Sainte-Marguer[illegible] l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette enfant n'a pas été vaccinée.

Habituellement assez bien portante, nourrie par la mère jusqu'à vingt mo[illegible] mère bien portante, le père aussi malade depuis une huitaine de jours.

Rachitique, elle n'a marché qu'à l'âge de vingt mois.

Aujourd'hui, fièvre assez forte; tuméfaction ganglionnaire de la mâch[illegible] surtout à droite. A l'examen de la gorge, on voit les amygdales rouge[illegible] augmentées de volume ; pas de fausses membranes ; la déglutition est dif[illegible] Ipéca qui a produit quelques vomissements.

Le 10, même état. Julep avec 0,025 d'émétique ; peu de vomissements.

Le 11, agitation pendant la nuit; la gêne de la respiration est plus con[illegible] rable; le gonflement ganglionnaire a augmenté surtout à gauche.

Le même état persiste pendant quelques jours : mais le 15, à la vi[illegible] matin, on aperçoit sur les amygdales une ulcération peu large à fond gri[illegible] sans fausses membranes; rien au pharynx ni au voile du palais.

Les jours suivants les ulcérations augmentent d'étendue sur chacune des a[illegible] dales, le fond est toujours grisâtre ; l'agitation continue ; des ulcérations s[illegible] ficielles se forment aux lèvres ; l'enfant s'affaisse de plus en plus et m[illegible] 20 au matin.

A l'autopsie, on ne trouve aucune fausse membrane dans le pharynx [illegible] voile du palais ; mais les deux amygdales sont envahies dans toute leur [illegible] par une ulcération à bords découpés et dont le fond est très irrégulier; p[illegible] trace de fausse membrane au niveau de ces ulcérations.

Dans les poumons, on trouve au bord postérieur de petits foyers apoplex[illegible] entourant plusieurs petits noyaux de pneumonie lobulaire au deuxiè[illegible] çà et là existent de petites ecchymoses ou hémorrhagies sous-pleur[illegible] sommet et au bord antérieur, des tubercules à la première période so[illegible] de granulations miliaires grises, demi-transparentes.

[illegible]rynx est parfaitement sain, sauf une notable altération rachitiq[illegible] [illegible] a rien à noter dans les autres organes.

ERVATION III. — *Angine maligne ulcéreuse ; empoisonnement. Mort ; au-* — Dans cette obs tion l'évolution des phénomènes morbides est facile re et leur interprétation ne donne lieu à aucun doute.

nfant arrive avec une angine simple caractérisée localement par la rougeur onflement des amygdales, dynamiquement par un état fébrile intense. Au e trois jours une ulcération se manifeste sur l'amygdale gauche, et cela roduction membraneuse ; l'amygdale droite s'ulcère également, et pendant rs qui suivent, de nouvelles ulcérations se produisent qui rongent et di- nt le volume des amygdales.

s l'influence de la glycérine l'apparence des ulcérations reste très belle, 'enfant pâlit, s'affaiblit et succombe empoisonné, sans aucun phénomène yxie.

utopsie montre que chaque amygdale est couverte de plusieurs ulcérations des, irrégulières, anfractueuses, sans produit étranger, et que le larynx rfaitement sain ; les poumons sont remplis d'hémorrhagies capillaires éreuses et renferment cinq à six petits noyaux de pneumonie lobulaire d'un demi-centimètre, arrivés au deuxième degré et entourés d'une zone re d'apoplexie pulmonaire.

st évidemment là un cas d'angine tonsillaire ulcéreuse, sans fausse mem- donnant lieu à un empoisonnement semblable à celui qu'on observe quel- s dans les angines couenneuses. C'est ce qu'Arétée appelait jadis l'*ul- griaque*, ce que nous avons désigné depuis sous le nom d'*angine maligne ngréneuse*. On a nié l'existence de ces faits pour ne voir dans tous les cas ues que des manifestations d'une maladie nouvelle, la diphthérite ; mais il ident que cette réforme basée sur l'anatomie pathologique n'a pas de d'être et que les idées anciennes méritent d'être respectées.

ns l'*angine maligne gangréneuse* existent les mêmes altérations, plus chares noirâtres de tissu muqueux ou tonsillaire sphacélé et qu'on peut r avec des pinces. J'ai une fois enlevé un morceau considérable de tissu ié dans une amygdale ; deux fois j'ai vu la luette noirâtre gangrenée parée du voile du palais. Semblable gangrène a été signalée par M. Delbet vu aussi un enfant rejeter son épiglotte mortifiée. Dans ces cas il n'y a nment pas moyen de se tromper et de prendre, comme M. Bretonneau u'on l'a fait par erreur, des fausses membranes noircies par le sang le véritables eschares. Ces gangrènes de la luette et de l'épiglotte, très à constater, prouvent irrévocablement l'existence de l'angine gangré- L'haleine est ordinairement infecte, mais ne sent jamais aussi fort que adulte.

illeurs, si quelqu'un doutait du principe gangréneux de la maladie, il it qu'à le voir passer d'une personne à une autre par inoculation. Mer- cite le fait d'une transmission faite par la morsure d'un enfant à sa ce et à son père qui avait cherché à lui enlever au moyen des doigts nbeaux gangrenés de la gorge. Le père mourut et le sein de la nour- mba en gangrène (1).

Delbet rapporte qu'un enfant dont le frère venait de succomber à une

Consult., p. 139.

angine purement *gangréneuse*, fut pris de gangrène au pouce, peut-être pour avoir touché un pinceau sali par les eschares, et succomba en trois jours.

Dans l'*angine maligne couenneuse*, des plaques grisâtres plus ou moins épaisses, formées de fibrine concrétée, se montrent d'abord dans les follicules de l'amygdale, s'épanouissent à la surface et, se réunissant aux plaques voisines, encapuchonnent la glande. De là elles gagnent le voile du palais, les piliers, les fosses nasales, le pharynx, quelquefois l'œsophage et souvent le larynx où elles engendrent le croup. Elles descendent quelquefois jusqu'au fond des bronches.

Ces fausses membranes sont plus ou moins épaisses et résistantes. Elles sont quelquefois noirâtres lorsque le sang les a salies. Plus ou moins dures, élastiques, elles sont composées de fibrilles mêlées à de la matière granuleuse, des globules de pus mal formés et un grand nombre de granulations dans la matière amorphe.

Elles sont solubles dans les alcalis concentrés, et se contractent sous l'influence des acides, propriétés que l'on utilise pendant la vie pour les détruire.

Dans ces différentes formes de l'angine maligne ulcéreuse, gangréneuse, couenneuse, il se fait souvent sur la peau des enfants un exanthème mêlé, scarlatineux qui vient du troisième au septième jour de la maladie. Les téguments se couvrent en totalité ou en partie, d'une éruption pointillée rouge, discrète ou confluente, sur laquelle la rayure du doigt laisse comme dans la scarlatine la *rayure blanche* que j'ai signalée comme un symptôme de cette maladie (voir le chapitre SCARLATINE). C'est évidemment là l'éruption signalée par Fothergill dans sa description de l'angine maligne gangréneuse. Ces ressemblances avec la scarlatine pourraient même faire rechercher une analogie de nature entre les deux maladies. On sait en effet que la scarlatine s'accompagne souvent d'un mal de gorge comparable à celui de l'angine maligne. Or dans les épidémies on voit quelquefois la scarlatine régner d'abord toute seule, puis la scarlatine être suivie d'angine maligne et de croup, puis les angines et le croup, sans scarlatine ; enfin les angines et le croup accompagnés de l'éruption scarlatineuse ou scarlatiniforme.

Quelle que soit la forme anatomique de l'angine maligne, les amygdales gonflées se sentent sous l'angle de la mâchoire, et chez un certain nombre d'enfants il y a gonflement considérable des ganglions sous-maxillaires. Les glandes sont rouges, ramollies, et dans quelques cas rares peuvent devenir bubon du cou. C'est une terminaison dont parle M. Bretonneau [illegible] ée deux fois.

[illegible] s'aggrave, la prostration augmente ainsi que la fièvre [illegible] nutrition. Les enfants ne veulent plus rien prendre et [illegible] lit, à moins qu'il ne se fasse une complication de [illegible] es deviennent blanches et tous les tissus se décolorent [illegible] hémorrhagie avait eu lieu. C'est la fin. La mort [illegible]

on trouve dans les tissus décolorés un sang *bistre*, couleur momie, et dans organes, du purpura, l'apoplexie pulmonaire et quelques foyers miaires purulents que je regarde comme des abcès métastatiques. Dans ces as, la mort est causée par un empoisonnement qui ressemble à celui de infection purulente.

Variétés.

Tel est le tableau général des symptômes de l'*angine maligne*, *ulcéreuse*, *angréneuse* ou *couenneuse*. Son principe est celui des gangrènes, et c'est là un danger. Elle ne commence pas toujours de la même manière par le fond la gorge.

Il arrive souvent, en temps d'épidémie, que le mal débute par un coryza ivi d'écoulement séreux, séro-purulent ensanglanté, causé par une phlegasie gangréneuse ou couenneuse de la pituitaire, et de là le mal s'étend à arrière-gorge, aux amygdales et au pharynx.

Ailleurs, il commence par des aphthes ou des ulcérations de la face interne de la commissure des lèvres, puis le fond de la gorge se prend et l'angine établie.

Chez d'autres, la maladie débute par des plaies de la peau, par l'ulcération un impétigo de la tête, des oreilles, du derme, ou par la surface d'un vésicare, qui deviennent douloureuses, noirâtres et se couvrent d'eschares et de sses membranes. Alors l'enfant succombe empoisonné par ce sphacèle téguentaire, ou bien parce que le mal se montre aussi dans la gorge en donnant u à une gangrène et à des fausses membranes de même nature que celles la peau. Cette coïncidence de l'affection cutanée et de l'angine est très réelle, il n'est pas de médecin qui ne l'ait observée.

On voit aussi, mais plus rarement, la maladie débuter d'emblée par le ynx, c'est-à-dire, par le croup, et de là elle remonte en s'étendant sur les ygdales, le voile du palais et dans les fosses nasales. Sa nature est la même, terminaison semblable, et il y a ici un danger de plus, qui est l'asphyxie, asionné par la présence des fausses membranes du larynx.

Marche, terminaisons.

Chez les enfants comme chez l'adulte, la marche de l'angine maligne dans différentes formes anatomiques, est assez rapidement et ordinairement este.

Chez quelques enfants, la maladie est en quelque sorte foudroyante, et elle fait périr en plusieurs heures, sans avoir eu le temps de produire des ons caractéristiques dans la gorge. L'état général est ici la chose prinale.

Ailleurs, la maladie marche plus lentement. Elle produit soit l'ulcération, le sphacèle, soit les fausses membranes de la gorge, puis l'engorgement nglionnaire, l'exanthème scarlatiniforme et un état général très grave qui

conduit ordinairement au croup ou à une adynamie mortelle. Dans quelques cas, l'angine grave peut aussi se terminer par guérison.

Les terminaisons de l'angine ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse sont très variables. Cette maladie peut guérir, mais le croup, les bubons cervicaux avec ou sans suppuration, l'albuminurie et l'anasarque, la syncope, l'empoisonnement par résorption des produits gangréneux font souvent périr les enfants. S'ils guérissent, leur convalescence est longue, pénible, quelquefois traversée par des accidents fort graves de paralysie générale essentielle des membres et des organes des sens.

Ces terminaisons varient dans leur fréquence relative, suivant les épidémies, et dans chaque localité. La *malignité* est un élément morbide qu'on ne saurait apprécier exactement et qui repose sur des particularités inconnues. Il y a des épidémies où la mort est en quelque sorte la règle et dans lesquelles, quoi qu'on fasse pour s'y opposer, tous les enfants succombent.

La forme gangréneuse existe dans certains cas, et ailleurs c'est la forme diphthéritique qui domine.

Ici, tous les malades succombent empoisonnés par les produits gangréneux sans suffocation ni asphyxie (1); ailleurs cette terminaison est la plus rare, à l'angine maligne couenneuse, succède rapidement le croup, qui à l'empoisonnement ajoute les dangers de l'asphyxie par suite de l'occlusion partielle membraneuse du larynx et des bronches. Dans ces cas, l'enfant tousse, la respiration fait entendre un sifflement laryngo-trachéal plus ou moins prononcé, la sensibilité s'émousse et, comme je l'ai fait connaître, peut cesser point de constituer une complète anesthésie. Ainsi s'est montrée la grande épidémie qui a régné à Paris et aux environs en 1858, 1859 et 1860, mais s'y est produit également des cas de mort par empoisonnement sans la moindre obstruction des voies aériennes par des fausses membranes. J'en ai vu plusieurs exemples. Tel a été aussi le caractère de beaucoup d'épidémies de province.

Ce sont ces différences dans la forme anatomique, dans les terminaisons, dans la *malignité* de ces angines qui jettent tant d'incertitude dans la nosographie et tant d'hésitation dans l'esprit des médecins, quand il s'agit de prononcer sur l'identité ou sur la différence de ces épidémies.

Diagnostic.

En temps d'*épidémie*, lorsque dans une localité et de village en village éclatent ces maux de gorge qui font périr la plupart de ceux qu'ils atteignent et quelquefois même tous ceux qui en sont pris, le diagnostic n'est difficile pour personne. Le premier venu en sait autant que le médecin, sur la nature du mal et sur ses propriétés *infecto-contagieuses*. Mais ce qui est quelquefois

(1) *L'Épidémie de la Ferté-Gaucher*, 1859, par Delbet, et la thèse de Dumas

assant, c'est l'appréciation de la forme anatomique des angines, et de
rminaisons.

maladie est *sporadique*, le diagnostic est bien plus difficile et on ne
vent pas comment juger de sa malignité. Ulcéreuses, gangréneuses ou
ritiques, les angines semblables dans leur expression anatomique
t de nature, tant il est vrai qu'un produit morbide ne caractérise pas
s la nature d'un mal. Chaque jour, en effet, les médecins sont embar-
is-à-vis des angines avec productions couenneuses de la gorge. L'un
est une angine couenneuse, tandis que son contradicteur le nie en sou-
qu'il y a fausse membrane et fausse membrane; qu'on peut avoir des
membranes sans diphthérite, et même de la diphthérite sans fausses
anes.

nologiquement au moins, c'est une erreur, mais il y a dans ce
preuve des difficultés du diagnostic de l'angine couenneuse simple ou
e.

gine maligne ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse est surtout carac-
par la fièvre, les vertiges, l'abattement, la prostration, l'engorgement
nglions cervicaux, l'exanthème scarlatiniforme et l'infection générale du
ar les produits gangréneux. Dans l'angine ulcéreuse et couenneuse
, il n'y a pas autant de fièvre ni de prostration, l'engorgement cervical
ucoup moindre. L'infection n'existe pas et la terminaison est plus ordi-
ent favorable. Quant aux lésions anatomiques, elles sont à peu près les
s, et les ulcérations tonsillaires à fonds déchiquetés, le sphacèle du
x et les fausses membranes de la gorge n'ont rien de caractéristique
tisse faire reconnaître la *vraie* de *la fausse diphthérite*, c'est-à-dire la
érite infectante de la diphtérite non-infectante. J'avais cru trouver dans
eté des fausses membranes un caractère de leur malignité et j'ai écrit,
58, que la diphthérite molle, pultacée ou *diphthéroïde* était ordinairement
e. Cela n'est pas bien démontré et il n'y a que la propagation des lésions
es fosses nasales, sur les lèvres et dans les bronches ou sur la peau et
tion, qui soient vraiment caractéristiques de la nature maligne du mal.

Pronostic.

faut avoir pratiqué dans les campagnes pour connaître la gravité de
e maligne épidémique. Aussi redoutable que les plus terribles épidé-
elle fait périr, sinon tous, du moins la plupart de tous ceux qui sont
s. Il semble même qu'elle soit plus meurtrière dans les petites localités
ans les villes où le poison est disséminé et où les causes morbifiques se
ient par les générations successives.

and elle règne depuis longtemps, elle fait un peu moins de victimes en
nt guérir un plus grand nombre d'enfants, mais à son apparition dans
ontrée, autant d'individus affectés, autant de morts. Ce sont les en

qui fournissent à la mort plus que les autres âges, mais des enfants, elle pas aux adultes et l'on voit ainsi des familles entières de cinq, six ou huit personnes, disparaître complétement en quelques jours.

La plupart des enfants de tout âge peuvent ainsi périr dans une ra ravagée par l'épidémie.

C'est l'enfance qui est surtout victime des coups de la mort, car dans l adulte, l'angine maligne est infiniment moins meurtrière, cela tient doute à ce que l'homme se soumet mieux au traitement topique ou au et à ce que chez lui l'absorption des produits gangréneux est moins active.

Parmi les enfants, les plus jeunes sont le plus rapidement emportés. aux enfants à la mamelle, ils paraissaient comme foudroyés et ils succ baient dès les premiers jours, lorsqu'à peine on s'était aperçu de maladie (1). »

Dans les épidémies d'angine maligne on prévoit un peu la mort par tude et parce qu'elle est l'issue fatale et ordinaire de la maladie.

Le peu d'intensité des symptômes, la lente propagation des désordres riels dans le pharynx et sur les amygdales, indiquent généralement une naison favorable. Cependant j'ai vu des enfants à peine malades sans fi n'ayant qu'une lésion peu étendue de la gorge, succomber rapidement accidents inattendus d'infection générale.

Quand, au contraire, il y a de la fièvre, de l'abattement ou de l'adyn que les lésions pharyngées sont très étendues et font de rapides progrès les fosses nasales ou vers le larynx et qu'il y a de l'albuminurie, la m l'issue la plus ordinaire de l'angine maligne, ulcéreuse, gangréneuse ou théritique. Les uns succombent par *empoisonnement*, suite de la résor des produits gangréneux, dans l'adynamie avec la décoloration des tissus

Les autres périssent moins sous l'influence de cet état général qui caractérisé, sans toutefois cesser d'avoir son importance que par l'asp qu'engendre la propagation des fausses membranes dans le larynx, c'est le croup.

L'adynamie produite par l'infection gangréneuse ou l'asphyxie, tell les causes les plus ordinaires de la mort dans l'angine maligne.

Ceux qui guérissent peuvent revenir à leur état normal en quelques j mais la convalescence est ordinairement longue et pénible, en raison état d'anémie plus ou moins prononcé. Les forces sont lentes à rete déglutition est difficile, quelquefois gênée, et les boissons reviennent narines, s'il y a paralysie du voile du palais. Ailleurs, ainsi que l'a naître M. Orillard (de Poitiers), il se fait des paralysies générales des membres et des organes des sens; les membres inférieurs refusent vice, puis les supérieurs, et il se fait de l'amaurose. Cela dure quelque quelques semaines et tout rentre peu à peu dans l'ordre naturel.

(1) Épidémie de la Ferté-Gaucher, 1860.

Traitement.

ontre la spécificité de l'angine maligne, il faudrait pouvoir opposer un ifique que la science n'a pas encore découvert. Dans sa forme ulcé-e, gangréneuse et couenneuse, elle peut être *bénigne* ou *maligne*. Si on ppose bénigne, elle guérit par tous les moyens possibles, ce qui multi- incessamment le nombre des remèdes à lui opposer. En effet, l'angine nneuse simple, commune, guérit très aisément. Quand, au contraire, elle pidémique et maligne, ces mêmes moyens restent sans efficacité comme l'épidémie de Serrières, citée par Bretonneau, où dix-huit personnes suc-bent sur vingt et une de celles qui furent affectées; dans l'épidémie de la pelle-Véronge où M. Ferrand eut soixante morts sur soixante malades.

ans l'absence du spécifique de l'angine maligne n'y a-t-il rien à faire pour er ses ravages, et la médecine doit-elle se borner à l'étude contemplative ccidents qu'elle occasionne? Nous ne le pensons pas.

ant données la marche et les conditions du développement de l'angine gne, ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse; sachant qu'elle est épidé-ne et contagieuse; que dans beaucoup de cas elle est au début localisée es amygdales où on peut la détruire par le fer, par le feu ou par la cau-ation, avant qu'elle n'ait donné lieu à l'infection gangréneuse, il est ent que l'on peut rendre de nombreux et réels services aux enfants atteints ette maladie.

traitement est à la fois *prophylactique* et *curatif*.

Partez promptement, allez loin et ne revenez que le plus tard possible », Carnevale en parlant de l'angine gangréneuse et maligne. Telle est en effet *ophylaxie* de cette cruelle maladie, et tel est le conseil que nous donne-aux personnes qui, libres de leurs pas, veulent échapper à ses atteintes, et leurs enfants. C'est aussi l'avis que le médecin doit toujours donner l, venant soigner dans une famille un enfant atteint d'angine ulcéreuse, réneuse ou couenneuse, il a près de lui ses frères ou ses sœurs en bonne . Si cela est faisable, il doit dire aussi : Partez promptement, allez loin revenez que le plus tard possible.

traitement *curatif* diffère au début et dans le cours de la maladie. Dès remières heures ou le premier jour, quand on peut supposer que la des amygdales est encore superficielle, peut-être locale, si son principe rasitaire, et n'ayant pas encore donné lieu à l'infection de l'économie, ut croire que la destruction sur place empêchera le développement du n neutralisera ses conséquences. C'est sur cette idée que repose le pré-de la cautérisation abortive au fer rouge par Valentin, des cautérisations e chlorhydrique par Bretonneau, d'acide nitrique, de perchlorure de fer l'amputation des amygdales volumineuses réalisée par moi avec succès. s trois méthodes abortives, *qu'il ne faut* pas opposer entre elles et qui

ont chacune leur avantage permettent d'arrêter assez souvent l'angine maligne et le croup à leurs débuts, absolument comme on arrête le *charbon* en brûlant et cautérisant la *pustule maligne* qui doit lui donner naissance. Si les cautérisations de l'angine ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse sont utiles pour empêcher l'infection et pour guérir le mal, il est évident que leur action est celle de la destruction sur place d'une lésion de mauvaise nature dont les progrès pourraient par eux-mêmes ou par résorption compromettre la vie. Détruire le mal sur place, tuer la spécificité encore restreinte dans la lésion peu étendue qui la renferme substituer une phlegmasie franche à une phlegmasie de mauvaise nature, voilà le principe auquel il faut obéir et le but que le médecin doit réaliser. Que dirait-on d'un homme qui ne cautériserait pas la pustule maligne avant qu'elle n'ait engendré le charbon, la morsure d'un chien enragé ou une plaie imprégnée de virus avant la résorption des produits qui doivent produire la rage ou les maladies virulentes? Il en est de même dans l'angine maligne qui débute par les amygdales ou un point accessible de la gorge. Les difficultés d'exécution sont peut-être plus grandes ici que partout ailleurs, mais la pensée qui conduit le chirurgien est la même. La maladie est peut-être produite, comme l'a dit M. Jodin, par un parasite invisible; comme tant d'autres affections; en tout cas, elle résulte d'un agent spécifique inconnu qui reste un instant localisé dans la gorge avant de produire l'infection générale, et alors, c'est là l'ennemi dont il faut tâcher d'avoir raison.

La *cautérisation par le fer rouge*, les cautérisations avec l'*acide chlorhydrique* et *nitrique* concentrés, faites avec toute la prudence nécessaire avec un pinceau suffisamment exprimé, ne brûlant pas les parties saines; le *nitrate d'argent*; le *perchlorure de fer* et l'*ablation des amygdales*, tels sont les moyens abortifs de l'angine maligne dans sa forme ulcéreuse, gangréneuse ou couenneuse.

L'*excision des amygdales* a déjà été faite treize fois avec succès, soit par moi, soit par les docteurs Domerc, Symyan, Speckhann, Baillot, dans les cas d'angine couenneuse débutant par des tonsilles hypertrophiées. Alors il y a non-seulement angine couenneuse, mais affaiblissement du murmure vésiculaire par l'hypertrophie des amygdales. L'opération remédie à cet inconvénient et permet d'entendre aussitôt ce murmure vésiculaire; elle donne lieu à une hémorrhagie locale salutaire; elle n'est pas suivie de la reproduction des fausses membranes, et enfin arrête la propagation du mal aux voies aériennes, elle empêche la formation du croup. (Voy. au chapitre CROUP la partie du traitement consacrée à l'amputation des amygdales.)

Ce traitement abortif ne convient qu'au début de l'angine, et les observations de M. Bretonneau, ou de ceux qui ont eu à combattre des épidémies d'angine en province, mettent le fait hors de doute. Seulement il faut que la cautérisation soit bien faite et atteigne la profondeur du mal et sa totalité. Si elle ne détruit pas tout ou si elle s'étend au delà en faisant une plaie

elle, comme cela se voit souvent, elle est inutile et même devient dange-
e.

es autres moyens généraux ou locaux conseillés contre les différentes
es de l'angine maligne sont :

es *émissions sanguines.* — La saignée et les sangsues conseillées jadis
ont plus en honneur aujourd'hui. Chez les enfants, les sangsues peuvent
es être mises en pratique. Tout à fait au début, elles peuvent avoir de
s résultats, ainsi que cela résulte des observations de Jurine, de Vieusseux,
aillau, Bricheteau, etc.; mais, une fois la maladie bien établie, elles sont
iles et quelquefois dangereuses à cause de l'affaiblissement qu'elles entraî-
. M. Bretonneau les condamne presque complétement à cette période, et
raison. Je n'en ai pas vu de bons effets.

es *préparations mercurielles.* — Les frictions mercurielles sur le cou et
alomel à 10 centigrammes toutes les deux heures ont été conseillés dans le
de combattre la plasticité du sang, que l'on supposait théoriquement
voir donner lieu à la production des fausses membranes. C'est dans ce but
n a même poussé l'usage du médicament jusqu'à la salivation.

a pratique n'a pas sanctionné cette hypothèse. En effet, rien ne prouve
e prétendue augmentation de la plasticité du sang, car dans l'angine ma-
e, la nature du mal étant la même, il y a des cas où il n'existe aucune
luction membraneuse. Tels sont les cas d'angine maligne, ulcéreuse et
gréneuse. D'ailleurs, l'expérience a prononcé sur l'importance de cette
ication. Aucun succès ne justifie son emploi général, et elle est à peu près
donnée même de ceux qui en ont jadis fait le plus d'éloge.

es *antimoniaux.* — On a donné l'émétique à dose *vomitive* de 5 centi-
mes ou à la dose *contro-stimulante* de 20 à 40 centigrammes. Comme
itif, le tartre stibié, au début, peut rendre des services et quelquefois dé-
asser les malades de l'angine en vingt-quatre heures. Ailleurs, le médica-
t n'a que peu d'effet, et il faut le donner à dose contro-stimulante pendant
ieurs jours. De cette façon, et en alimentant les enfants, on arrive à faci-
l'expulsion des eschares et des fausses membranes, on donne meilleur
ct aux ulcérations de la gorge, et la guérison peut avoir lieu.

ipécacuanha. — C'est surtout comme vomitif que la poudre d'ipéca-
ha peut être donnée aux enfants, et quelques personnes lui trouvent
ntage de causer moins de fatigue ou de prostration. Nonobstant ce re-
he, je préfère l'émétique qui manque moins rarement son effet et dont
résultats sont plus satisfaisants.

lcalins. — Le sous-carbonate d'ammoniaque employé par Rochou, l'hy-
hlorate d'ammoniaque par Mouremans, le bicarbonate de soude par
n le chlorate de potasse par Herpin, et tous les sels alcalins ont été mis
ge depuis quelques années, comme traitement général et local, dans le
modifier la composition du sang, de cicatriser les ulcères de la gorge
e dissoudre les fausses membranes. Le dernier de ces médicaments est le

plus avantageux, et je le donne à la dose de 4 grammes pour 120 grammes sucrée. Une dose plus forte a besoin d'une plus grande quantité d'eau. beaucoup trop vanté ce médicament qui ne réussit bien que dans l'a ulcéreuse, dans la stomatite ulcéro-membraneuse et dans les angines cées simples. Proposé presque comme spécifique dans toutes les af couenneuses, il a échoué tant de fois qu'on ne croit plus guère à son éf Sans aller aussi loin, je dirai que c'est un médicament très utile, mai ment dans les espèces morbides que je viens d'indiquer.

Polygala. — Le polygala, mis d'abord en usage par Archer, a jou stant d'une vogue accrue par l'approbation que M. Bretonneau a donné emploi.

Polygala sénéga concassé.....	15	grammes.
Eau de fontaine.....	140	—
Faire bouillir et réduire à.....	120	—

Une cuillerée à café toutes les six heures.

Ce médicament fait vomir et a une action très prononcée sur les sécr de la muqueuse du pharynx et des voies aériennes. Il peut être très utile il est aujourd'hui peu employé.

Excitants toniques. — L'adynamie est la plus fâcheuse des con créées par l'angine maligne, et il importe d'y remédier autant qu'il e sible de le faire. Dans ce but il faut donner tout le temps de la mal l'eau rougie, de l'eau et du vin mousseux, un peu de malaga, du quinquina, du sulfate de quinine et ne pas cesser de nourrir les enfan bouillons, du lait coupé, quelques biscuits sont nécessaires. On peut aussi des lavements de bouillon et de vin mélangés, qui ont des pro stimulantes, incontestables.

Hémostatiques. — Non-seulement le perchlorure de fer a été e comme topique, mais on y a eu également recours pour l'administrer térieur à titre d'antiputride et d'agent plastique ; M. Aubrun l'a don dose de 8 à 15 grammes dans de l'eau sucrée, une cuillerée d'heure en

C'est un bon médicament à employer.

L'eau *Brocchieri*, qui n'est que de l'eau distillée de pin, et l'eau ré de Pagliari peuvent aussi rendre quelques services.

Topiques. — En même temps qu'on a recours à ces moyens généra applications locales doivent être faites dans le fond de la gorge. Des in tions de poudre d'*alun* et de poudre de *tannin* peuvent être conseillées aussi employé l'aspiration d'*eau pulvérisée* tenant le tannin en solut fumigations d'*eau sulfureuse*, d'acide *chlorhydrique*, mais tout cela a avantages très variables. J'ai souvent employé la glycérine pure en ap tions locales, avec un pinceau ; en gargarisme si les enfants peuvent le ou à l'intérieur à 15 et 30 grammes par petites cuillerées à café, de fa tifier le fond du pharynx, et je m'en suis parfaitement bien trouvé.

ques cas sans grande malignité, l'amélioration se montre avec une prom-
ade extraordinaire.

n peut employer aussi les *boissons d'eau froide* ou d'eau et de *sirop de*
es; les injections d'*eau salée froide;* les injections d'*eau pure;* les
fflations de *fleurs de soufre*, etc., etc. Ce dernier moyen est la consé-
nce de cette idée émise par M. Jodin, que l'angine maligne ulcéreuse,
gréneuse et couenneuse est une *maladie parasitaire;* qu'un infusoire
étal venu du dehors est la cause de la phlegmasie spécifique si vio-
e du pharynx et des amygdales; enfin qu'en détruisant ce parasite par
oufre, on guérit du même coup la maladie qu'il tient sous sa dépendance.
ont des données encore à vérifier. J'ai souvent examiné les fausses mem-
es au microscope et je n'y ai jamais vu de spores ni de tiges de mycélium,
'autres n'en ont pas vu plus que moi. Il n'est pas impossible que cela soit,
s alors le parasite s'est développé consécutivement au sein de la matière
anique sécrétée par la maladie, comme cela s'observe partout, et il n'est
n effet, mais non la cause de la maladie.

Aphorismes.

01. Les phlegmasies de l'arrière-gorge, des amygdales, et du pharynx qui
ent la déglutition, connues sous le nom d'*angines*, engendrent des pro-
s anatomiques différents qui, sous la même forme, donnent à la maladie
aractère de *simplicité* ou de *malignité* très différent.

02. Il y a des angines catarrhales, phlegmoneuses, ulcéreuses, gangré-
es et couenneuses.

03. Les angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses sont *simples* ou
gnes.

04. L'angine gangréneuse et couenneuse simple observée à l'état spora-
e ou dans le cours de quelques scarlatines également sporadiques, guérit
facilité.

05. Les angines gangréneuses et couenneuses épidémiques sont ordinai-
ent *malignes* et accompagnées d'un état général adynamique très grave
la résorption des produits sceptiques, gangréneux ou autres, formés
a muqueuse érodée, ulcérée ou dans le tissu cellulaire subjacent.

06. La nature gangréneuse des angines est révélée autant par l'ulcération
sphacèle de la gorge que par la présence de lésions semblables sur les
s cutanées qui se couvrent de points de sphacèle noirâtres au milieu de
ques fausses membranes.

C'est le caractère des maladies diathésiques de produire des lésions
les dans les différents tissus et sur des parties du corps éloignées les
s autres.

Le danger des angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses, n'est
jours dans leur lésion anatomique, mais dans l'état général qui en

résulte et qui est dû à l'infection de l'économie par l'absorption des produits gangréneux ou septiques.

209. Le produit anatomique de l'angine couenneuse n'est par lui-même dangereux que s'il se propage dans les voies aériennes, pour constituer le croup et causer l'asphyxie d'une façon toute mécanique comme le ferait un autre corps étranger.

210. Un élément matériel anatomique ne caractérise jamais la nature d'un mal. C'est pour cela qu'on peut dire : Il y a fausse membrane et fausse membrane, comme il y a pus et pus, etc.

211. On fait des fausses membranes à volonté de toutes les dimensions chez un individu parfaitement sain et qui restera sain ; l'angine *maligne* et les inflammations gangréneuses seules en sécrètent qui soient capables d'engendrer des accidents mortels.

212. L'angine maligne suivie de croup qui tue en infectant l'organisme ne porte aucune atteinte à la sensibilité, tandis que s'il y a en même temps obstacle mécanique à la respiration par des fausses membranes laryngées, elle engendre une anesthésie plus ou moins marquée.

213. L'infection générale de l'économie par l'angine maligne ulcéreuse, gangréneuse ou couenneuse, produit la desquamation des tubes urinifères, l'albuminurie, le purpura, de petits noyaux d'apoplexie pulmonaire, et quelquefois de petits abcès métastatiques du poumon, du tissu cellulaire sous-cutané et du pourtour des ongles.

214. L'infection par l'angine maligne est l'analogue de l'infection purulente.

215. La fièvre, l'adynamie, les ulcérations, la gangrène et les fausses membranes de l'arrière-gorge, avec ou sans odeur, accompagnées de dysphagie, d'engorgement cervical ganglionnaire et d'infection de l'organisme caractérisent l'angine maligne.

216. Quand l'angine maligne s'accompagne de toux et de sifflement laryngé appréciable à distance, avec ou sans diminution de la sensibilité, il y a lieu de craindre la formation du croup.

217. Les angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses se montrent à l'état *sporadique* ou à l'état *épidémique*, mais dans ce dernier cas elles sont toujours malignes.

218. Qui a vu dans les petites localités l'angine maligne aller de commune à commune, et d'un hameau à l'autre sur les pas de leurs habitants pour former des épidémies nouvelles, ne saurait douter de ses propriétés contagieuses.

219. L'angine maligne sévit moins chez les adultes que chez les enfants, mais de ces derniers elle passe quelquefois à leurs parents, et la famille tout entière disparaît.

220. L'angine maligne peut tuer en vingt-quatre ou quarante-huit heures et sa marche est d'autant plus rapide que les enfants sont plus jeunes.

221. Veut-on échapper à l'angine maligne, il faut, comme a dit Carnevale, partir vite, aller loin et ne revenir que le plus tard possible.

222. Si l'on peut détruire complétement sur place la première manifesta-n de l'angine maligne par une cautérisation bien faite ou par l'ablation des ygdales, on empêche l'infection de l'organisme et le mal est vite guéri.

223. Une fois l'angine maligne établie, la guérison est difficile et la mort eu par infection ou par l'asphyxie consécutive du croup.

CHAPITRE V.

DE LA PHARYNGITE.

L'inflammation du pharynx est chose très rare chez les nouveau-nés et chez enfants à la mamelle. C'est à peine s'il y en a quelques exemples dans les érents recueils scientifiques. J'en ai vu un exemple chez une petite fille de x ans, qui eut, dans la convalescence d'une rougeole hémorrhagique, des otides suivies d'abcès rétro-pharyngiens avec résorption purulente et abcès monaires métastatiques suivis de la mort. On en cite un autre exemple fort ieux et qui m'a paru devoir prendre ici sa place. Il est également relatif au eloppement d'un abcès dans la paroi postérieure du pharynx, et il a été lié par M. Besserer. En voici le résumé, je rapporterai ensuite l'observa-tout entière.

Un enfant de quatre mois fut pris de fièvre, de toux rauque et fréquente, gêne de la respiration et de difficulté dans la déglutition. Au bout de rante-huit heures, l'enfant ne pouvait plus boire, l'anxiété était considérable, e doigt porté dans l'arrière-bouche sentait une tumeur saillante au-devant a colonne vertébrale. Au dixième jour, la tumeur avait pris un volume sidérable, mais on ne pouvait pas bien l'examiner, car toute tentative de genre amenait des accès de suffocation. On crut à un croup et l'enfant comba.

l n'avait rien au larynx, mais il avait au-devant de la colonne vertébrale, rière la paroi postérieure du pharynx, un abcès gros comme un œuf de le, renfermant une demi-tasse de pus, qu'une petite incision aurait aisément couler en dehors.

BSERVATION I. — *Abcès de la paroi postérieure du pharynx chez un enfant uatre mois.* — Un enfant de quatre mois appartenant à une famille scrofu-e, présenta, le 24 novembre 1840, les symptômes suivants : fièvre médiocre; chaude, sèche; toux facile, grasse, peu fréquente; râles muqueux, abon-s dans le larynx et dans la trachée. La cavité buccale et l'arrière-gorge nt remplies de mucosités filamenteuses et visqueuses. La paroi postérieure rge paraissait être recouverte d'une fausse membrane. La base de la était épaissie et revêtue d'une couche blanche. La respiration était accé-déglutition manifestement difficile, l'enfant ne prenait le sein que rare-On crut à l'existence d'une diphthérite avec catarrhe laryngien et tra-t l'on prescrivit un émétique. Le 23, les symptômes, surtout ceux du voies respiratoires, étaient plus graves. La respiration était très difficile, quefois avec d'assez longues intermittences, surtout dans le décubitus dorsal;

la toux était rauque et fréquente. Les râles étaient très forts ; il y avait beaucoup de mucosités dans l'arrière-gorge. Le doigt, porté dans la bouche, trouva la paroi postérieure du pharynx saillante et tuméfiée. L'enfant était très agité, et dans un état d'anxiété très grand ; il ne voulut pas prendre le sein, et il laissa couler de sa bouche le peu de lait qu'on lui avait fait boire. On donna de nouveau un émétique et l'on mit trois sangsues au cou. A la suite du vomissement, il y eut un peu d'amélioration : on donna alors le calomel à la dose d'un demi-grain toutes les deux heures, et l'on prescrivit l'application d'un vésicatoire. Les symptômes restèrent stationnaires jusqu'au 1er décembre; seulement l'enfant s'affaiblissait; ils revinrent brusquement et avec violence dans la nuit du 1er au 2. Il y eut surtout d'appréciable un certain bruit qui semblait être celui d'une pellicule qui se rompait sous l'effort, après avoir longtemps empêché la respiration. Toute tentative pour examiner le pharynx déterminait des accès de suffocation. M. Besserer, croyant avoir affaire à un croup, prescrivit le sulfate de cuivre. Le soir, il trouva l'enfant la tête fortement portée en arrière, la face pâle, couverte d'une sueur froide, et dans un état d'angoisse extrême. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, y trouva une tumeur tendue qui ne paraissait pas la rétrécir manifestement. Cette manœuvre rendit la respiration plus facile, de même qu'une pression sur les côtés du larynx fit porter cet organe en avant. Des saignées, des émétiques, etc., amenèrent un peu d'amélioration : mais le lendemain, les accidents revinrent plus violents, l'enfant mourut dans la nuit.

A l'autopsie du cou, on trouva que le larynx, l'épiglotte et la trachée étaient blancs, exsangues et revêtus d'un mucus visqueux. La paroi postérieure du pharynx, qui n'était nullement enduit d'une fausse membrane, comme on l'avait cru voir pendant la vie, était blanche, tuméfiée et très épaisse ; elle formait la paroi antérieure d'un abcès du volume d'un œuf de poule. Cet abcès, formé exclusivement par le tissu cellulaire, appuyait sur le corps des première, deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales, et contenait une demi-tasse de pus épais, d'un jaune verdâtre floconneux. Les vertèbres n'offraient aucune trace de maladie (1).

Corps étrangers du pharynx.

Voici un curieux exemple de corps étranger du pharynx observé par le docteur Adam chez un enfant de huit mois. Il s'agit d'une portion d'étui arrêtée dans l'arrière-bouche et d'aiguilles éparpillées dans le pharynx.

Observation II. — En avril dernier, je fus appelé, dit M. le docteur Adam (de Chaumont en Vexin), auprès d'un enfant agé de huit mois. Sa mère, ayant à s'absenter, l'avait couché et lui avait laissé son étui plein d'aiguilles comme un jouet pour l'amuser. Quand la mère rentra, elle trouva son enfant sans mouvement et pouvant à peine pousser quelques soupirs ; voyant d'un autre côté des aiguilles éparses çà et là sur le lit avec un des bouts de l'étui, elle devina le malheur qui était arrivé; elle n'eut que la force de crier et s'évanouit.

Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face bleuâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente ; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt indicateur dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Comme il n'y avait pas à attendre, je procédai immédiatement à leur extraction. Avec les deux doigts index et médius de la main gauche, j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis saisissant des pin-

(1) *Medizinische Rhein. und Westphalischer Correspondenzbl.*, n° 22, 1844.

anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles qui se trou- fichées sur la voûte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes s du pharynx ; malgré le peu de lumière que donnait une mauvaise chan- malgré l'écoulement de sang, je parvins à extraire cinq aiguilles l'une l'autre ; il en restait une sixième horizontalement située et fixée une extré- dans la base de la langue, et l'autre extrémité dans la paroi postérieure du ynx ; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fichée dans la base de la ue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille sans la briser.

ne restait plus d'aiguilles, et cependant l'enfant ne revenait pas. Comme eurs on n'avait pu retrouver la partie manquante de l'étui, je pensai que ce étranger pouvait bien s'être arrêté au fond de l'arrière-gorge, ou même l'œsophage. En face d'une mort imminente, je songeai d'abord à la trachéo- ; mais, avant de recourir à cette ressource extrême, je portai encore une pince le plus loin possible ; je sentis un corps résistant, et saisis le rebord tui qui fut immédiatement extrait. Des insufflations et les différentes pra- usitées contre l'asphyxie furent mises immédiatement en usage. L'enfant peu à peu, et quand la respiration se fut rétablie, il vomit à plusieurs re- du sang caillé mêlé à des mucosités.

ois jours après, l'enfant se livrait à ses jeux comme par le passé ; il était

CHAPITRE VI.

DE LA STOMATITE.

s maladies de la bouche sont nombreuses chez les enfants. Leur fré- ce s'explique, d'une part, par la fluxion continuelle de la muqueuse ale, provoquée par le travail profond, précurseur de l'évolution dentaire, l'autre, par la sympathie ou par les rapports intimes qui unissent cette brane à la muqueuse intestinale, si souvent en souffrance chez les jeu- ujets.

us décrirons successivement :

La stomatite simple ;

La stomatite ulcéreuse, ou ulcéro-membraneuse ;

La stomatite mercurielle.

§ I. — Stomatite simple.

stomatite simple est décrite par plusieurs auteurs sous le nom de stoma- ythémateuse. C'est l'inflammation de la muqueuse buccale que l'on veut désigner.

stomatite occupe en général la totalité de la muqueuse de la bouche et pe sur les gencives, la face interne des joues et la voûte palatine. euse présente une rougeur qui est tantôt diffuse, tantôt pointillée, ée par plaques. Son tissu offre un gonflement plus ou moins con-

che est chaude, rarement sèche, souvent douloureuse, autant qu'on juger, chez les enfants à la mamelle, par les cris qu'ils poussent en

prenant le sein, ou en acceptant les aliments qu'on leur donne. Chez ces enfants la salivation est considérable ; il s'écoule de la bouche un liquide incolore, glaireux et filant, dont la quantité est plus abondante que de coutume.

Chez les enfants, comme on le sait, la salive s'écoule involontairement de la bouche jusque vers l'âge de deux ans, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait un nombre de dents assez considérable pour retenir ce liquide.

La stomatite simple ne détermine pas d'accidents généraux ; elle n'est pas accompagnée de réaction fébrile, à moins que son intensité ne soit considérable. Celle qui se manifeste au moment de l'évolution dentaire, souvent accompagnée de douleurs profondes chez certains enfants, occasionne quelquefois une fièvre assez vive.

La dentition laborieuse est la cause la plus fréquente de la stomatite simple qu'on observe chez les enfants à la mamelle. On la rencontre aussi dans le cours de certaines fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine ou la variole ; elle est souvent le résultat de l'irritation de la muqueuse de la bouche par diverses causes locales, telles que l'application de substances irritantes ou vénéneuses, certaines opérations pratiquées dans le voisinage de cette cavité, etc.

Cette maladie est facile à guérir, et n'entraîne pas en général de conséquences fâcheuses pour les enfants ; elle se transforme quelquefois en stomatite ulcéreuse. C'est la seule terminaison qu'on doive craindre ; encore est-il facile de la prévenir par un traitement convenable.

Il faut faire des lotions mucilagineuses dans la bouche des enfants, leur donner un morceau de racine de guimauve à presser entres les arcades dentaires, et leur barbouiller l'intérieur de la bouche avec un collutoire astringent. Ce moyen est absolument nécessaire lorsque la phlegmasie devient très considérable.

℞ Miel.....	3	parties.
Borax.....	1	—

Mêlez et employez avec un pinceau.

On peut prescrire le collutoire suivant :

Miel rosat.....	30	grammes.
Sulfate d'alumine.....	2	—
Eau distillée.....	15	—

Mêlez et employez avec un pinceau.

Si la maladie est accompagnée d'une réaction générale très vive, ce qui est fort rare, il faut ne pas hésiter à placer quelques sangsues, en petit nombre, sous la mâchoire.

La stomatite des fièvres éruptives doit être combattue par les mêmes moyens. Il faut surtout examiner avec soin l'état de la muqueuse buccale pour saisir le progrès de la maladie, et s'opposer à sa transformation en stomatite ulcéreuse *ou diphthéritique*.

§ II. — Stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse.

La stomatite ulcéreuse succède toujours à la stomatite simple dont je viens de parler. C'est ce que l'on appelle également la stomatite ulcéro-membraneuse.

La muqueuse buccale est tuméfiée, sa chaleur est considérable, et elle présente une rougeur ordinairement diffuse, et quelquefois plus apparente en quelques points de son étendue. De plus, on observe à sa surface, sur le bord des gencives, sous la voûte palatine et sur la langue, sur la surface interne des joues, près de la commissure des lèvres, à cette commissure et sur les lèvres mêmes, des érosions et des ulcérations plus ou moins nombreuses dont la forme est très variée.

Ces ulcérations sont tantôt arrondies sur la surface interne des joues ou sur la voûte palatine et tantôt longitudinales, ce que l'on observe sur le bord libre des gencives. Leurs bords sont rouges, violacés et prêts à saigner au moindre attouchement. Leur fond est grisâtre, recouvert tantôt par du mucus grisâtre, épais au-dessous duquel on voit la muqueuse ulcérée, tantôt par une pseudo-membrane difficile à enlever, adhérente à la muqueuse, qui se trouve détruite en grande partie. Ces petits ulcères reposent quelquefois sur des tissus subjacents un peu endurcis, mais cette circonstance est rare et ne s'observe que dans l'épaisseur des joues à l'endroit correspondant aux solutions de continuité de la muqueuse.

Au premier degré, on voit des points d'un blanc jaunâtre qui forment sur la muqueuse une saillie légère bien moindre que celle des aphthes. Ce sont autant d'exsudations purulentes et pseudo-membraneuses au-dessous des quelles existe une érosion ou une ulcération de la muqueuse. L'ulcération s'agrandit en longueur et en largeur et elle creuse plus ou moins rapidement.

Les ulcérations de la bouche, situées à la face interne des joues et sur les bords tuméfiés de la langue, sont en général arrondies; celles des gencives situées au bord libre à la sertissure des dents sont plus longues que larges, et sont placées transversalement. Elles détruisent quelquefois le tissu de la gencive, dénudent l'os maxillaire et sont la cause de l'ébranlement des dents, et quelquefois de la nécrose de la mâchoire. J'ai plusieurs fois retiré des séquestres osseux de l'os maxillaire produits par cette forme de la stomatite. Une fois même, chez une fille de trois ans, ce séquestre considérable était formé par la partie moyenne du maxillaire supérieur et comprenait les alvéoles des deux dents incisives médianes. Il en résulta une perte de substance énorme et une difformité définitive. Les ulcérations des lèvres et de leur commissure sont longitudinales et s'agrandissent avec une grande facilité. Les efforts de cicatrisation sont à chaque instant rompus par le mouvement continuel de ces parties.

sur son apparition. Elle est presque toujours le résultat d'une cause mécanique, de la carie d'une dent, de la nécrose du maxillaire inférieur, etc. Les affections de l'intestin, la faiblesse de la constitution, y prédisposent d'une manière notable. Elle se développe plus souvent chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants mal soignés, mal nourris, mal logés, appartenant aux classes pauvres, habitant des lieux humides, malsains et peu aérés. On l'observe dans toutes les saisons. Elle est sporadique et contagieuse, ainsi que l'a démontré M. Taupin. La contagion se fait alors par transmission directe au moyen d'un verre, d'une cuiller ou de tout autre corps que les enfants portent à leur bouche. J'en ai vu un très curieux exemple, chez une mère qui avait gagné la maladie par le contact avec son enfant.

Le traitement de cette maladie repose sur plusieurs indications importantes. Il faut d'abord donner de la force à la constitution des enfants à l'aide des substances médicamenteuses toniques, et combattre les maladies existantes par des moyens appropriés.

On procède ensuite au traitement local de la maladie. Si par hasard elle avait pour origine l'irritation causée par une mauvaise dent, on devrait la faire enlever. A part cette circonstance, les moyens habituellement mis en usage contre la stomatite sont les suivants :

Au début, les gargarismes émollients, les injections émollientes chez les jeunes enfants qui ne peuvent se gargariser, sont fort utiles. Lorsque la phlegmasie s'étend, il faut la combattre par les moyens topiques.

Je mettrai en première ligne la cautérisation des parties ulcérées avec le nitrate d'argent ou l'acide hydrochlorique, et dans les intervalles l'usage d'un collutoire de borax et de miel, parties égales de chacun. Ce moyen m'a réussi un très grand nombre de fois tant en ville que dans mon hôpital.

MM. Chanal et Herpin ont récemment mis en honneur un autre moyen d'un usage très facile : c'est le chlorate de potasse, à l'intérieur, à la dose de 2 et 4 grammes par jour, donnés par prises de 50 centigrammes à 1 gramme toutes les trois ou quatre heures, dans une tasse de camomille ou dans un julep gommeux. Cette substance que j'ai employée plusieurs fois avec succès ne réussit pas toujours, et n'empêche pas nécessairement la gangrène de la bouche de se produire, comme on peut le voir dans la thèse de M. Mahieux, d'après les observations de malades soignés par M. Blache. Elle n'entraîne d'ailleurs aucun accident et ne produit pas à cette dose d'effet physiologique appréciable. Les avantages de cette médication ont encore été l'objet d'une publication assez étendue de M. Isambert, dans laquelle ce médecin soutient, d'après M. Blache, que le chlorate de potasse agit par absorption, tandis qu'au contraire, de nombreux exemples démontrent que son action est principalement topique comme celle du chlorure de chaux. Il suffit en effet de faire gargariser les malades, ou de toucher les gencives ulcérées avec un pinceau imbibé d'une solution de 3 grammes de chlorate, sur 100 grammes d'eau, pour arriver à une guérison aussi rapide que si le remède était administré à l'intérieur.

M. Bouneau, médecin de l'hôpital des Enfants, préconise l'emploi du chlorure de chaux sec, et il regarde ce moyen comme étant fort utile. Il faut prendre du chlorure de chaux bien sec et parfaitement pulvérisé. On trempe le doigt humecté dans cette poudre, et on le porte ainsi chargé sur les parties malades. Cette opération doit être répétée deux fois par jour s'il est nécessaire. Elle détermine le rejet des concrétions qui couvrent les ulcères, modifie leur surface et facilite leur cicatrisation.

Aussitôt après avoir employé ce topique, il faut injecter dans la bouche un liquide mucilagineux, et pencher en avant la tête des malades pour les empêcher d'avaler cette dissolution de chlorure.

J'aime mieux employer le chlorure de chaux sous forme de collutoire préparé comme il suit :

Miel.....	20 grammes.
Chlorure de chaux.....	3 —

Pour employer à l'aide d'un pinceau.

Si la phlegmasie buccale est très vive, si les ganglions du cou sont fort engorgés, il peut être convenable d'aider à la médication topique par l'application de sangsues sous la mâchoire. Leur nombre doit être proportionné à l'âge des sujets. Je me suis très bien trouvé de leur emploi en pareille occasion.

§ III. — Stomatite mercurielle.

Les enfants sont, comme on le sait, plus réfractaires à l'action du mercure sur les gencives que les adultes. C'est même là, je crois, la raison qui a fait accepter en Angleterre l'usage du calomel comme purgatif des enfants. Plus les enfants sont jeunes, moins la muqueuse de la bouche subit l'influence toxique des mercuriaux.

Ainsi on peut traiter un jeune enfant par du mercure à haute dose, sans craindre de voir survenir une stomatite avec salivation abondante. J'ai même plusieurs fois eu l'occasion d'administrer ce médicament à des nouveau-nés sans qu'il en résultât aucun accident.

Toutefois ces résultats de l'expérience ordinaire sont contredits par un fait exceptionnel, j'en conviens, mais qui ne doit pas être caché, et que chacun doit connaître, que j'ai déjà publié, mais dont je vais reparler ici (1).

Observation. — Un beau garçon de deux ans, fort et bien développé, présentait dans le pli de l'aine quelques-unes de ces écorchures si fréquentes chez les enfants qui ont trop d'embonpoint. Sa mère, croyant saupoudrer cette plaie avec le lycopode, y jeta de la poudre de sublimé, que son mari, fabricant de produits chimiques, avait apporté chez elle.

Une eschare fut aussitôt formée. Elle couvrait la moitié des bourses, le pli de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1843.

l'aine et la peau de la partie supérieure et interne de la cuisse, dans une étendue de 10 centimètres sur 8.

Les douleurs étaient horribles, et rien ne put les calmer.

Quelques jours s'écoulèrent, et au moment où l'eschare semblait vouloir se détacher, vers le quatrième jour, arrivèrent la salivation, le gonflement des gencives, leur ulcération, leur mortification, l'ébranlement et la chute des dents de lait, la nécrose des os, et enfin la mort au milieu de la cachexie mercurielle la plus profonde.

CHAPITRE VII.

DES APHTHES.

Nous donnerons avec Willan et Bateman le nom d'aphthes à l'éruption vésiculeuse et arrondie qui s'accomplit à l'intérieur de la bouche. Nous laisserons de côté l'érythème simple de la muqueuse buccale, la stomatite ulcéreuse dont nous venons de parler, le muguet, la gangrène de la bouche, affections toutes différentes et faciles à distinguer, comme on le verra plus loin.

L'aphthe est caractérisé par une petite vésicule blanchâtre, formée sur la membrane muqueuse de la bouche, aux endroits où l'épithélium est le plus apparent. Ainsi on les observe à la face interne des lèvres et des joues, sur les gencives, sur la langue, sur le voile du palais, et quelquefois dans le pharynx. Ils ne sont pas accompagnés par la phlegmasie de la muqueuse buccale. Ils peuvent, dit-on, se développer dans le canal intestinal, mais le fait est loin d'être démontré. On y trouve quelquefois une entérite ulcéreuse avec ses caractères ordinaires; mais je ne pense pas que la nature de cette altération puisse être rapprochée de la nature de l'affection qui existe dans la bouche.

Peu après l'apparition de la vésicule, il se forme à sa base une induration à peine sensible. Elle se rompt et laisse échapper le liquide qu'elle renferme. Elle est alors remplacée par une petite ulcération grisâtre, à bord rouge, peu saillant, qui reste stationnaire un instant, et se cicatrise ou bien s'élargit et revient pour passer à l'état favorable à la cicatrisation.

Ces ulcères ne sont, en général, pas accompagnés par la phlegmasie de la muqueuse. Il n'y a pas de stomatite concomitante. Ils durent de quatre à cinq jours et disparaissent sans laisser de traces. Leur nombre est variable. On a cru, d'après leur quantité, devoir décrire deux variétés d'aphthes; on a eu raison. En effet, dans quelques circonstances, l'éruption est discrète, ailleurs elle est confluente. Ces deux espèces diffèrent beaucoup quant au pronostic.

Les aphthes discrets sont ainsi nommés parce qu'ils sont peu nombreux. Ils se développent chez les enfants et chez les adultes. On ne les observe chez les enfants à la mamelle qu'après le commencement de la dentition.

C'est une affection légère et assez commune. Elle est en général accompagnée d'un peu de fièvre et d'une légère irritation d'entrailles. Elle se développe de préférence chez les enfants dont la constitution est faible et tuberculeuse.

Les ulcérations durent de cinq à sept jours et disparaissent. Elles causent une légère douleur. Les enfants portent incessamment leurs mains à la bouche et crient pour attirer l'attention sur cette partie.

Les aphthes confluents sont plus rares, et ne s'observent pas chez les jeunes enfants. La maladie est plus sérieuse. Elle se rattache presque toujours à un état général grave, à la phthisie pulmonaire ou à l'influence puerpérale au moment des épidémies qui frappent les nourrices. Sa marche est beaucoup plus lente et sa guérison plus difficile. Dans quelques cas, enfin, les aphthes sont le point de départ d'une ulcération gangréneuse trop grave. C'est ce qu'on appelle les *aphthes gangréneux* que nous allons décrire dans le paragraphe suivant.

Le traitement des aphthes consiste surtout dans l'emploi des moyens topiques.

Chez les jeunes enfants, l'emploi des gargarismes est impossible. L'opération demande une intelligence que les sujets n'ont pas. Il faut alors toucher les parties malades avec un pinceau de charpie ou de coton trempé dans une décoction de racine de guimauve, dans de l'eau d'orge ou dans du lait coupé. On peut y ajouter une petite quantité de sirop diacode, ou quelques gouttes de teinture de Rousseau ou de Sydenham, afin de calmer l'enfant s'il paraît éprouver une vive douleur dans la bouche.

On emploie avec plus d'avantage et de la même manière le mélange de parties égales de miel rosat et d'eau d'orge ; le mélange de mêmes parties de borax et de miel ; le collutoire alumineux, la décoction de racine de ratanhia, d'écorce de chêne, avec le sirop de limon ou le sirop de groseille, etc.

Si l'aphthe résiste à ces moyens, il faut le cautériser avec un crayon d'alun ou de nitrate d'argent.

Lorsque, par l'observation du malade, on arrive à penser que la maladie est le résultat d'un état morbide général, faiblesse native, état scorbutique, tendance aux phlegmasies des entrailles, etc., il devient nécessaire d'ajouter à l'usage des topiques l'influence de divers agents médicamenteux propres à remédier à ces accidents.

Le chlorate de potasse en gargarisme, en poudre, appliqué localement ou donné à l'intérieur, à la dose de 2 et 4 grammes dans un julep gommeux à prendre tout entier dans les vingt-quatre heures, et en suivant pendant plusieurs jours, fait souvent disparaître très vite ces ulcérations.

Le sous-carbonate de fer, le sirop de quinquina, sont fort avantageux aux enfants débiles. On donnera le sirop antiscorbutique aux scrofuleux et à ceux qui présentent quelques symptômes de scorbut.

Si les sujets sont prédisposés aux affections d'entrailles, et si la maladie consiste dans un embarras gastrique passager, on devra prescrire le sirop d'ipécacuanha à une dose proportionnée à l'âge de l'enfant, ou de légers purgatifs : l'huile de ricin, la potion purgative de café au séné, et encore mieux la poudre ou les pastilles de calomel. Il faudrait apporter une grande réserve dans l'em-

ploi de ces moyens, si l'enfant était atteint d'une entéro-colite chronique, et employer dès lors les médicaments conseillés contre cette affection.

Des aphthes gangréneux.

Ceux qui ont eu l'occasion de voir souvent la maladie aphtheuse des enfants savent que, dans quelques circonstances, une ou plusieurs de ces ulcérations prennent tout à coup un caractère de gravité auquel on ne s'attendait pas. Elles s'étendent, envahissent les tissus voisins et profonds, et occasionnent une perte de substance quelquefois considérable; il se forme une eschare circonscrite, qui s'appellerait véritablement gangrène de la bouche, si son étendue dépassait ces limites.

On a donc eu raison de rapprocher les aphthes gangréneux de la gangrène de la bouche, dont ils sont peut-être le premier degré. La nature du mal est évidemment la même ; mais la marche des accidents, l'étendue des lésions, séparent ces deux maladies. Il est désormais impossible de les confondre.

Souvent, comme le dit Billard, les aphthes passent à l'état gangréneux ; leurs bords se flétrissent, prennent un aspect brûlé, déchiré, mollasse ; il se forme à leur centre une eschare brune, qui bientôt se détache et laisse à nu une surface vermeille et granulée. Au lieu de l'eschare sur le centre de l'ulcère, il se forme quelquefois une matière réduite à la consistance de bouillie, d'une couleur brune et d'une odeur de gangrène très évidente. Les parties environnantes se tuméfient, prennent un aspect violacé, et sont molles et faciles à déprimer. Pendant ce temps, la bouche de l'enfant, toujours entr'ouverte, laisse découler une salive fluide et filante ; la face pâlit, le malade reste assoupi, abattu, et meurt lentement sans avoir offert de réaction fébrile ni d'excitation cérébrale.

On observe quelquefois avec les symptômes, des vomissements, de la diarrhée, joints au hoquet ou à des régurgitations fréquentes. Le pouls est toujours d'une faiblesse extrême ; la peau est remarquable par sa pâleur et son insensibilité.

La transformation gangréneuse des aphthes est rare ; c'est un accident fort sérieux, qui peut avoir les conséquences les plus graves, et qui peut déterminer la mort, à cause de l'état de faiblesse dans lequel se trouvent les enfants lorsque cette complication se manifeste.

Il faut arrêter, dès son début, la marche de la gangrène sur les aphthes. On ne peut le faire qu'à l'aide d'une médication énergique. Sans perdre de temps à employer des remèdes palliatifs, il faut porter les caustiques sur les parties malades, afin de modifier leur vitalité et de les placer dans des conditions favorables à la cicatrisation.

Les aphthes gangréneux doivent être cautérisés avec un pinceau légèrement imbibé de créosote, d'acide hydrochlorique, ou avec le crayon de nitrate d'argent. La cautérisation par le nitrate acide de mercure ne peut être employée

dans cette circonstance à cause des accidents de salivation qu'il en pourrait résulter.

La première cautérisation doit être profonde ; il faut qu'elle soit renouvelée autant de fois que l'exige l'état des parties.

CHAPITRE VIII.

DE LA GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

Cette maladie, sur laquelle on trouve peu de renseignements dans les auteurs anciens, ne paraît avoir fixé l'attention des médecins que depuis environ trois siècles. Depuis cette époque, elle a fait le sujet de beaucoup de monographies intéressantes, car elles sont en général bien faites et laissent peu à désirer.

La gangrène de la bouche, désignée aussi sous le nom de stomatite gangréneuse, a reçu les noms les plus divers de ceux qui l'ont étudiée. Les noms de *ulcus nomæ*, de *stomacace*, de *necrosis infantilis*, d'*érosion gangréneuse des joues*, de *cancer aqueux des enfants*, lui ont été successivement appliqués. Elle a été très bien décrite sous le nom de *noma* (1), par M. Jules Tourdes.

Elle est caractérisée par la mortification plus ou moins étendue des parois buccales.

Causes.

La gangrène de la bouche est une maladie exclusive à l'enfance, et se développe surtout chez les enfants de trois à quinze ans. Elle est rare chez les enfants à la mamelle. Billard l'a cependant observée trois fois chez des enfants âgés de neuf, douze et trente jours.

Cette maladie se développe surtout chez les enfants de la classe pauvre, mal logés, mal nourris, qui habitent des lieux bas et humides, et dont la constitution est ruinée dès la naissance, ou affaiblie postérieurement par des maladies sérieuses. Ainsi le sphacèle se montre surtout à la fin des fièvres éruptives et surtout de la rougeole, des fièvres muqueuses ou typhoïdes; dans le cours de la pneumonie, de la coqueluche, etc. La présence d'une altération générale de l'économie paraît donc être nécessaire à son développement. C'est une *diathèse gangréneuse*.

Une dernière circonstance qui prouve encore combien est générale et profonde l'influence qui détermine cette maladie, c'est qu'on la rencontre quelquefois à l'état épidémique. Elle se manifeste au même moment, dans les mêmes lieux, sur un grand nombre de personnes. On ignore encore si elle est susceptible de se transmettre par voie de contagion.

(1) Thèse de Strasbourg.

Lésions anatomiques.

Lorsqu'on étudie après la mort les altérations anatomiques occasionnées par la gangrène de la bouche, on trouve dans les parties sphacélées des caractères peu différents de ceux qu'on observe dans les autres parties du corps frappées par la gangrène. Il n'y a que le siége de l'affection qui puisse modifier ces caractères, et donner lieu à des particularités que nous indiquerons plus loin.

La peau est noire ou d'un rouge livide au niveau de l'eschare qui est limitée par un cercle d'un rouge plus coloré et plus distinct. Celle qui environne les parties gangrenées se putréfie rapidement et prend une couleur verdâtre prononcée. Les téguments sont en général gonflés et infiltrés de sérosité opaline, mêlée à quelques filets de sang et quelquefois de sérosité rougeâtre sanguinolente.

L'eschare est plus ou moins étendue ; sa forme est généralement irrégulière ; son tissu est noirâtre, ramolli, infiltré de liquide, et se déchire facilement en laissant apercevoir des filaments de tissu cellulaire mortifié. On trouve quelquefois dans son intérieur, d'après M. Baron, des portions de tissu graisseux non gangrené et infiltré de sérosité jaunâtre. La muqueuse buccale présente une coloration noirâtre fort intense ; elle est ramollie et s'enlève avec la totalité de l'eschare.

Dans quelques circonstances, la mortification ne porte que sur la muqueuse et les tissus subjacents, sans intéresser la peau. L'étendue de l'eschare est fort variable ; ses caractères sont d'ailleurs les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer.

Les gencives sont également mortifiées dans une étendue plus ou moins considérable. Elles sont noirâtres et ramollies ; souvent même il n'en reste aucune trace ; elles ont disparu pendant la vie. Les os maxillaires sont dénudés, quelquefois nécrosés ; les dents, quand il en existe, sont vacillantes et s'enlèvent facilement, si déjà elles ne sont pas tombées.

On a cherché à connaître l'état des vaisseaux et des nerfs des parties mortifiées, mais les résultats de l'observation se contredisent. Billard a disséqué des nerfs, les artères et les veines de la joue, et les a trouvés entièrement intacts. M. Taupin affirme qu'il les a toujours rencontrés mortifiés avec les autres tissus et impossibles à reconnaître. MM. Rilliet et Barthez sont venus enfin, à l'aide de nombreuses observations, nous donner des notions plus précises sur les altérations de ces parties. Il paraît, d'après les recherches de ces auteurs, que les vaisseaux restent sains tant qu'ils plongent dans une partie infiltrée ; que leurs parois sont épaissies aux environs de l'eschare, et enfin qu'ils sont oblitérés par des caillots denses ou ramollis, lorsqu'on les observe au milieu des parties mortifiées. Le canal de Sténon, fort souvent compris dans l'eschare, reste perméable et peut être facilement reconnu, et prend seulement la couleur des tissus au milieu desquels il est placé.

On trouve quelquefois la muqueuse buccale qui recouvre le reste de la bouche fortement épaissie, infiltrée de sérosité, et offrant une couleur rouge livide très prononcée. Ailleurs elle est simplement rouge et parsemée de nombreuses taches de muguet. La langue est gonflée et ulcérée en divers points. Ces lésions ne présentent rien de remarquable.

On trouve dans les autres organes des lésions propres aux complications les plus ordinaires de la gangrène de la bouche. L'intestin grêle et le gros intestin, chez les enfants à la mamelle, sont souvent affectés. Ils présentent les altérations que je dois décrire dans le chapitre de l'entéro-colite. Les poumons sont le siége d'une congestion hypostatique étendue, au milieu de laquelle on trouve fréquemment des noyaux de pneumonie lobulaire. Billard a rencontré une fois la pleurésie et la péricardite. Enfin, M. Baron indique l'épanchement de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux comme un phénomène constant, ayant quelques rapports avec la maladie qui nous occupe. Ce rapport est toutefois loin d'être démontré.

Symptômes.

La gangrène de la bouche est une maladie rarement primitive : elle se manifeste chez les enfants affaiblis par des maladies antérieures; chez les enfants des pauvres, et surtout chez ceux qui vivent habituellement dans des lieux bas et humides. On l'observe fréquemment à la suite des exanthèmes aigus dont la marche n'a pas été franche : ainsi elle se déclare assez souvent à la suite de la rougeole, de la scarlatine, quand l'éruption ne s'est pas faite régulièrement ou que l'enfant est resté faible après la terminaison de ces maladies. On l'observe aussi à la suite des petites véroles confluentes dont les boutons ont fourni une suppuration abondante qui a affaibli les malades. Elle se manifeste enfin à la suite des fièvres muqueuses chez les enfants scrofuleux, et l'affection scorbutique qu'on a regardée comme la maladie elle-même n'en est qu'une des causes.

Dans tous les cas, la gangrène est toujours précédée d'aphthes ou d'ulcérations situés à la face interne des lèvres, des joues ou sur les gencives. Ces dernières parties ne sont pas toujours les premières affectées. Ces ulcérations peuvent durer plus ou moins longtemps avant de dégénérer en affection gangréneuse.

Alors il se forme au niveau des aphthes une eschare mince, grisâtre, qui se détache et laisse à nu la surface ulcérée de la muqueuse. Les tissus s'enflamment; on constate dans leur épaisseur un noyau d'induration plus ou moins considérable; un degré de plus, et la mortification de la paroi buccale va s'établir.

Lorsque la maladie est ainsi déclarée, l'haleine devient d'une fétidité caractéristique, dite *fétidité gangréneuse*, et la salive, sécrétée en grande abondance, acquiert une odeur insupportable. Les ganglions sous-maxillaires sont

tuméfiés. On voit apparaître sur l'une des joues, au milieu ou principalement à la partie inférieure, au-dessus de l'arête de la mâchoire, une *tuméfaction notable* sans changement de couleur à la peau. Cette tuméfaction est due à l'engorgement du tissu cellulaire; elle correspond à une eschare intérieure, placée à l'angle de réunion de la gencive avec la muqueuse de la joue, ou sur la face interne de cette partie.

Ce signe tiré de l'aspect extérieur du malade est fort important; il suffit dans beaucoup de circonstances à un homme exercé pour faire présumer la série des accidents qui va se développer.

L'induration s'étend assez vite, et il s'opère autour d'elle une infiltration séreuse de la peau, infiltration qui envahit ce côté de la face et gagne rapidement les paupières.

La peau devient malade à son tour. D'abord rendue luisante par suite de la tension qui résulte de l'infiltration des parties molles, elle perd son éclat et se couvre de marbrures rougeâtres. Une phlyctène remplie de sérosité sanguinolente s'établit à la surface. Elle prend ensuite une teinte d'un rouge livide et passe enfin à la couleur noire.

Les gencives présentent souvent les mêmes altérations de couleur, qui, du reste, correspondent aux mêmes altérations de nutrition. Le sphacèle les détruit, et les arcades alvéolaires dénudées sont souvent envahies par la nécrose, les dents vacillent et ne tardent pas à sortir de leurs alvéoles. Elles tombent au moindre effort et sont entraînées avec la salive.

L'eschare est plus ou moins étendue; souvent la mortification est bornée à la partie moyenne de la joue; ailleurs on la voit s'étendre et gagner la commissure des lèvres, qui sont prises à leur tour. Dans quelques cas fort rares, tout ce côté de la face jusqu'aux paupières est détruit par le sphacèle jusqu'à l'os maxillaire qui est dénudé dans une plus ou moins grande étendue : c'est un désordre dont l'aspect seul est effroyable, et l'odeur vient ajouter encore à tout ce qu'il y a de repoussant dans cette maladie.

Les accidents généraux sont loin d'être en rapport avec l'étendue et la gravité de ces altérations. L'absence de réaction est surtout marquée chez les enfants à la mamelle. Au reste, cette affection ne déroge pas, à cet égard, de ce qu'on observe dans les autres maladies de cet âge, qui ne sont presque jamais accompagnées par une fièvre continue ayant toujours le même degré d'intensité.

Billard a fort bien indiqué cette circonstance. « A cet âge, dit-il, il n'y a pas de réaction fébrile. Les enfants ont le pouls calme, leur soif est modérée, et ils ont encore un appétit assez vif quand déjà la plus grande partie de la joue est convertie en eschare. » Les mêmes phénomènes s'observent chez des enfants plus âgés, ainsi que le démontre l'observation et comme j'ai pu m'en convaincre dans un grand nombre de cas.

Cependant l'état général devient fort sérieux. L'expression du visage est profondément altérée; la peau est d'une pâleur extrême; l'œil est abattu et

cerné; les lèvres sont livides, et l'enfant tombe dans une prostration dont il est difficile de le tirer. Le pouls devient chaque jour plus faible; la température du corps s'abaisse et les extrémités se refroidissent. La langue reste humide et gonflée; la soif est peu intense; si le besoin de boire se manifeste, c'est surtout par instinct et pour entraîner la bave infecte qui se forme dans la bouche. Les enfants vomissent rarement et leurs troubles des voies digestives sont caractérisés par des évacuations alvines liquides nombreuses qui contribuent encore à les affaiblir. Souvent enfin il y a de la toux et il se fait dans les poumons une congestion plus ou moins étendue qui se termine par pneumonie lobulaire.

Marche, terminaisons.

Nous admettons avec Billard deux périodes dans la gangrène de la bouche: dans l'une se trouvent les accidents locaux, précurseurs du sphacèle; dans l'autre, qui commence à l'instant de la formation de l'eschare, on suit les progrés de la mortification jusqu'à l'élimination des parties mortifiées ou jusqu'à la mort des malades.

La première période est difficile à déterminer d'une manière rigoureuse, car on ne sait pas toujours bien l'époque précise de la transformation gangréneuse des aphthes. Elle ne dure guère plus de sept jours.

La seconde période dure de cinq à dix jours, et quelquefois elle se prolonge encore pendant une septaine avant d'arriver à la terminaison fatale.

La mort est presque toujours la conséquence du sphacèle de la bouche. Cette maladie, d'abord peu étendue, locale, si l'on peut ainsi dire, gagne rapidement en surface, et compromet tout l'organisme, qui se trouve empoisonné par la résorption des produits délétères. Si les malades résistent à cette intoxication, c'est pour succomber à l'épuisement que détermine la suppuration établie après la chute de l'eschare.

Dans quelques cas fort rares, rapportés par MM. Baron, Constant, la guérison du sphacèle a lieu après l'élimination d'une eschare peu étendue. Les malades conservent alors pour toujours des traces profondes du mal dont ils ont été affectés. Il en résulte quelquefois des difformités épouvantables.

On doit au docteur Hueter quelques détails sur une cause de mort peu commune dans la gangrène de la bouche : c'est la mort par hémorrhagie au moment de la chute de l'eschare. En effet, chez un malade, l'accident se répéta deux fois, au cinquième et au treizième jour. La mort en fut la conséquence.

Complications.

La complication la plus ordinaire de la gangrène de la bouche, c'est la *pneumonie lobulaire*, affection consécutive provoquée par l'état de prostration des enfants et par leur décubitus sur le dos. On observe aussi fort souvent *la diarrhée*. Ce phénomène est franchement inflammatoire au début de la ma-

ladie ; quand il paraît à l'approche de sa terminaison fatale, ce n'est plus qu'un signe de collapsus, comme toutes les diarrhées colliquatives. Sur trois faits de gangrène de la bouche, renfermés dans l'ouvrage de Billard, il en est deux dans lesquels on trouve du muguet sur la muqueuse buccale ; le troisième enfant avait une double complication : il présentait une pleurésie et une péricardite.

La gangrène de l'anus et de la vulve se rencontre quelquefois chez les enfants déjà affectés du sphacèle de la bouche. On a vu également d'autres affections gangréneuses apparaître en divers points du corps. C'est là, je crois, une puissante raison pour croire à l'existence d'une altération générale de l'économie tout entière, constituant ce qu'on pouvait appeler une diathèse gangréneuse.

Pronostic.

Lorsque les enfants ne sont pas placés dans des circonstances trop défavorables quant au régime et à l'hygiène, et si le sphacèle n'est pas trop étendu, on peut espérer les guérir. Si, au contraire, ils sont débiles, et si la maladie présente une large surface, il ne faut conserver aucun espoir quant à leur existence. La gangrène de la bouche, bien caractérisée, est, en sa qualité de diathèse, presque entièrement au-dessus des ressources de l'art. On ne peut la combattre avantageusement qu'au moment de son apparition, encore faut-il se hâter d'agir.

Diagnostic.

La gangrène de la bouche peut être confondue avec une maladie dont l'aspect est à peu près le même et dont la marche est essentiellement différente ; je veux parler de la pustule maligne. La distinction est facile, car la gangrène de la bouche débute par la muqueuse, tandis que le siége de la pustule maligne est au contraire sur la peau, à la surface externe de la joue.

Les aphthes gangréneux, qui ont quelquefois été confondus avec le sphacèle de la bouche, s'en distinguent par leur moindre étendue, par leur peu de profondeur et par l'absence de noyau dans l'épaisseur des parties molles. Lorsque cette induration se forme, c'est qu'il y a imminence de gangrène.

La gangrène scorbutique des gencives est trop différente de la gangrène de la bouche pour être jamais confondue avec cette maladie.

Le diagnostic du sphacèle buccal n'offre donc pas de grandes difficultés. L'odeur seule suffirait à le faire reconnaître. Il n'y a pas de méprise possible à son égard. La présence d'ulcérations à la surface de la muqueuse, et la formation rapide d'un noyau d'induration dans les parties molles, suffisent pour donner l'éveil. Ce noyau se traduit à l'extérieur par un gonflement qui donne à ce côté de la face un aspect singulier, car les traits ont perdu leur harmonie : cependant la couleur de la peau n'est pas altérée. Dès qu'elle devient

rougeâtre, il n'y a plus à hésiter pour le diagnostic ; la maladie est parfaitement bien caractérisée : on ne saurait en exiger d[illegible]ntage.

Traitement.

Il faut s'empresser, au début de l'affection, de reconnaître avec soin l'état de la bouche, pour trouver le point de départ de la maladie. Ce que je dis suppose qu'elle n'est pas encore très avancée. En effet, lors de l'invasion des accidents, la joue est tuméfiée et renferme un noyau dû à la tuméfaction des tissus placés au-dessous d'une eschare intérieure. Si l'on cautérise vigoureusement par l'intérieur de la bouche avec l'acide nitrique ou hydrochlorique, on est certain de s'opposer à la marche des accidents, et de protéger la joue contre la désorganisation qui la menace. Les applications de créosote ont également été employées avec succès par le docteur Holbach, mais je ne les ai pas mises moi-même en usage, et ne saurais porter de jugement sur elles.

Lorsque le sphacèle est caractérisé à l'extérieur par une légère teinte marbrée de la peau à l'endroit d'une infiltration profonde, il faut cautériser par la bouche, et cautériser hardiment deux ou trois fois par jour. On ferait sagement en cautérisant à l'extérieur pour arriver sur les tissus profonds. Ce moyen peut encore éviter une perte de substance considérable, car le sphacèle peut être limité aux points d'action du caustique.

Si l'eschare est bien établie, et si elle n'est pas trop étendue, on peut essayer de la détruire par les cautérisations acides ou par la cautérisation à l'aide du fer rouge. Plusieurs médecins proposent même de circonscrire l'eschare avec le caustique pour limiter le travail de la mortification : c'est une opération impossible. Qu'on se représente, en effet, la petite joue d'un enfant percée par une petite eschare, et l'on verra qu'une partie de la face est détruite ; on ne peut porter le caustique alentour, il n'y a plus de place, à moins d'envahir les régions voisines : il vaut donc mieux cautériser au lieu même et sur les limites du sphacèle.

En présence de l'action possible des caustiques, ou, pour mieux dire, de leur efficacité, il faut être discret dans leur usage. On doit les employer contre le sphacèle qui commence, et même contre le sphacèle établi, mais encore peu étendu. Si la mortification est considérable, ne faites pas endurer à l'enfant des douleurs inutiles : toute opération est superflue ; il est impossible de s'opposer à la désorganisation des tissus ; la mort est irrévocable.

Quand on emploie les caustiques liquides ou le fer rouge, il faut s'en servir avec grand soin ; il est nécessaire de cautériser souvent, toutes les deux ou trois heures, et l'on doit surveiller l'état des parties pour cesser l'opération dès que la gangrène paraît limitée. Constant a retiré de grands avantages de l'emploi du nitrate acide de mercure ; mais comme ce caustique peut être absorbé et donner naissance à une salivation mercurielle, il faut le proscrire. J'en dirai tout autant du chlorure d'antimoine dont la sphère d'action est

difficile à limiter. Les caustiques que j'ai indiqués plus haut sont les seuls convenables.

Le traitement local par les caustiques est le seul qui jouisse d'une grande faveur et qu'il soit absolument indispensable d'employer contre la gangrène de la bouche ; cependant il faut aider à son action par des moyens d'une valeur réelle, destinés à modifier l'état général de la constitution des enfants. On emploie dans ce but les préparations toniques, ferrugineuses et arsenicales. Le fer doit être administré concurremment avec la décoction ou l'extrait de quinquina, avec le vin de Bordeaux ou avec les vins généreux d'Espagne. L'arsenic conseillé par le docteur Bosch est employé de la manière suivante : 2 milligrammes d'arsenic sont mélangés à 5 grammes de poudre de sucre, et on prend 20 centigrammes de ce mélange pour faire dissoudre dans 60 grammes d'eau et donner par cuillerées à café toutes les deux heures. Sous l'influence de ces doses infinitésimales le docteur Bosch affirme avoir guéri très promptement et sans traitement local deux enfants atteints de gangrène de la bouche. C'est à voir. S'il n'y pas de contre-indication, il faut alimenter les enfants malgré l'état de la bouche, et comme la mastication est impossible, on ne peut employer que des aliments liquides, les bouillons, les potages au gras fréquemment répétés.

On doit aussi tâcher de modifier la surface des parties gangrenées à l'aide de pommades stimulantes, l'onguent styrax, par exemple. La plaie doit être saupoudrée avec un mélange de poudre de charbon et de poudre de quinquina. Lorsque l'eschare est près de se détacher et qu'il s'écoule dans la bouche une sanie infecte et dangereuse à avaler, il y a des précautions à prendre et des moyens à employer qui sont loin d'être inutiles. Il faut placer les enfants sur le flanc en inclinant la tête du côté malade, et faire injecter dans la bouche, à de fréquents intervalles, une décoction mucilagineuse ou aromatique, la décoction de racine de guimauve ou l'infusion de sauge et de romarin, mêlée à une quantité plus notable de vin aromatique. Si l'odeur est insupportable, il faut ajouter à ces liquides une petite proportion de chlorure d'oxyde de sodium. Enfin, il faut proscrire du traitement de la gangrène de la bouche les frictions mercurielles aussi bien que les applications de sangsues. Le premier de ces moyens, par son action spécifique sur la bouche, aurait un but tout opposé à celui que l'on doit remplir; l'autre peut devenir la source, si les piqûres s'enflamment, d'une nouvelle mortification des tissus.

CHAPITRE IX.

DES CALCULS SALIVAIRES.

Les calculs salivaires du nouveau-né et dans la première enfance sont très rares et je publie le seul exemple qui existe dans la science. On le doit à M. Burdel. Ce médecin a extrait le calcul du canal de la glande sublinguale et l'a fait présenter à l'Académie par M. Cloquet.

Observation. — Le 3 mai, une pauvre femme amenait à M. Burdel un
âgé de trois semaines et qui, disait-elle, ne pouvait [illegible] teter ; elle prié
rurgien de vouloir bien lui couper le filet qu'elle regardait comme l'
qu'éprouvait son nourrisson à prendre le sein. La langue n'était retenue
cun filet ; mais sous cet organe, qui était fortement soulevé de la cavité
logé, M. Burdel vit que la glande sublinguale offrait un développement
Il croyait n'avoir affaire qu'à une grenouillette, lorsqu'en palpant la tum
le petit doigt, il lui sembla reconnaître la présence d'un corps dur. En p
légèrement, il fit sortir la petite pointe qui termine le calcul, et avec des
très fines, après quelques tentatives, il parvint à en faire l'extraction sa
obligé d'inciser. Après cette extraction, l'enfant put reprendre facilement
de sa mère.

Le petit calcul retiré par M. Burdel était allongé, renflé au milieu et
par une pointe très fine à son extrémité : au premier abord, il ressembl
grain de blé ; sa couleur était jaune ; sa surface granulée, rugueuse, et
de très petits mamelons soudés entre eux par leur base.

L'observation de M. Burdel est digne d'intérêt (1). Evidemment ce
n'a pu se développer pendant les trois semaines qui ont suivi la naiss
on ne connaît pas d'exemple de calculs salivaires chez les nouveau-nés,
culs qui ont dû se former pendant la vie intra-utérine, époque où la sali
contenir peu de sels. M. Frémy qui a bien voulu se charger de l'ana
la concrétion a constaté qu'elle était formée presque exclusivement par du
phate de chaux très basique mélangé avec quelques centièmes de sub
organique azotée qui devait être du mucus des canaux ordinaires.

CHAPITRE X.

DU MUGUET.

Les connaissances médicales se renouvellent chaque jour. On croyai
épuisé tout ce qui se rattache à la maladie connue sous le nom de muge
semblait que les symptômes, la marche et la nature de cette affection f
entièrement déterminés, lorsqu'une importante découverte est venue,
le doute dans les esprits, détruire les croyances acceptées jusqu'alors c
véritables.

Le muguet est une stomatite spécifique, qui produit de petites fausses

(1) Les observations de calculs salivaires chez les adultes, sans être très fréq
ne sont cependant pas fort rares ; M. Cloquet dans le cours de sa pratique, n'a
casion d'en extraire que trois : l'un sur un jeune homme d'une vingtaine d'ann
en ressentait des incommodités depuis près d'un an ; les autres sur deux femmes,
l'une était fort âgée. Chez cette dernière malade la concrétion avait la forme et le
lume d'un noyau d'olive, et l'une de ses extrémités faisait une saillie de qu
millimètres hors de l'orifice du canal de Wharton fortement élargi : l'extraction
facile. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ces trois cas il n'y avait
grenouillette, mais seulement un gonflement plus ou moins prononcé sous la langue
conséquent il n'y avait pas eu de rétention de la saliva qui continuait de couler
uche, nonobstant la présence de ces concrétions dans le canal excréteur.

branes sous forme de granulations caséiformes au milieu desquelles se développe un végétal parasite, l'*oidium albicans*.

Cette maladie, désignée sous les noms de *millet* et *blanchet*, fut considérée par les auteurs anciens comme une ulcération simple ou gangréneuse de la muqueuse digestive. Des médecins plus rapprochés de nous l'ont envisagée comme une éruption papuleuse ou vésiculeuse de la nature des aphthes : Boerhaave, van Swieten, Bateman, qui l'appela *aphtha lactantium;* Plench, *aphtha infantilis;* Sauvages, *aphtha lactamen*, etc. Enfin, on s'est arrêté à cette autre opinion qui regardait le muguet comme une phlegmasie de la muqueuse buccale avec exsudation pseudo-membraneuse, analogue à celle du coryza et de la diphthérite. Telles sont, du moins, les idées exprimées par Gardien, Underwood ; par MM. Guersant (1), Lélut (2), Valleix (3), et par M. Laboulbène (4), etc., etc., etc.

Le muguet n'est pas comparable aux aphthes, car il n'y a point d'éruption vésiculeuse à la surface de la muqueuse buccale. C'est d'après l'opinion si bien défendue par M. Lélut, qui, par analogie, rapproche les fausses membranes des muqueuses de la production du muguet, une affection de nature *pseudo-membraneuse*.

Ainsi la tache blanche, miliaire et caséeuse, qui forme le caractère indispensable du muguet, est une fausse membrane, de nature particulière, caséiforme, causée par une stomatite spéciale dont nous allons indiquer les caractères. Elle est le résultat d'une sécrétion morbide. Mais le fait nouveau de son histoire c'est la rapidité avec laquelle il s'y développe des productions cryptogamiques, des moisissures toujours les mêmes. — A la fausse membrane molle, peu résistante, albumino-fibreuse, s'ajoute un parasite végétal, l'*oidium albicans*, qui se forme, dans des circonstances particulières et selon les lois de la génération prétendue spontanée des végétaux infusoires, telles que les a décrites M. Dutrochet (5).

Ce sont de véritables moisissures microscopiques, cryptogames découverts par un naturaliste micrographe, M. Berg (de Stockholm), et que M. Gruby a fait connaître à Paris, dans une excellente description (6). Ils ont été l'objet d'une étude particulière de la part de M. Charles Robin (7). Voici d'après cet observateur la description de cet épiphyte qui porte le nom d'*oidium albicans*.

Le muguet est composé : 1° de filaments tubuleux sporifères; 2° de spores

(1) Dans l'article du *Dictionnaire de médecine* (nouvelle édition).

(2) *De la fausse membrane dans le muguet* (*Archives de médecine*). t. XIII, 1827).

(3) Valleix, *Clinique des nouveau-nés*.

(4) *Recherches anatomiques et cliniques sur les fausses membranes*. Paris, 1861.

(5) *Mém. sur l'anat. et la physiologie des végétaux*, t. II, p. 190.

(6) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*.

(7) *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux*. Paris, 1853, p. 488.

globuleuses ou ovoïdes dans l'origine; 3° d'une couche d'épithélium formant la fausse membrane.

1° *Des filaments tubuleux.* — Les filaments tubuleux (racines, tiges, Gruby; fibrilles, Berg) sont cylindriques, allongés, droits ou incurvés en di-

Fig. 14.

Fig. 14. — Filaments tubuleux du muguet bien développés. Ces filaments sont cylindriques, flexueux. Ils ont 0mm,100, à 0mm,600 de longueur.
a, a, cloisonnement des tubes;
c, c, quelques cellules ovoïdes des tubes;
d, d, ramifications des tubes;
e, ramifications qui commencent à poindre par une seule cellule. (Ch. Robin.)

vers sens. Ils sont larges de 0mm,003 à 0mm,004 (rarement moins et quelquefois de 0mm,005) sur 0mm,05, 0mm,50 à 0mm,60 de long, et même plus, suivant la période de développement à laquelle ils sont arrivés. Les bords sont foncés, nettement limités, ordinairement parallèles. L'intérieur du tube est transparent, de couleur légèrement ombrée.

Ces filaments tubuleux sont formés de cellules allongées, articulées bout à bout, et longues en général de 0mm,020; elles ont cependant quelquefois plus du double près de l'extrémité adhérente. En général, elles diminuent de longueur en approchant de l'extrémité sporifère ou libre, de manière à n'avoir plus que 0mm,010 environ.

Ils sont tous ramifiés (à l'état adulte) une ou plusieurs fois; ces ramifications sont aussi composées de cellules, comme les filaments d'où elles partent. Tantôt elles sont aussi ou plus longues que ceux-ci mêmes, tantôt elles ne sont formées que d'une cellule courte et arrondie, ou seulement de deux ou trois cellules allongées.

Ces filaments et leurs branches sont cloisonnés d'espace en espace, et ordinairement un peu étranglés au niveau des cloisons; celles-ci sont constituées

par l'accolement des extrémités arrondies de deux cellules. C'est contre l'étranglement articulaire ou un peu au-dessous, contre la paroi du filament, que sont insérées les ramifications ; elles ne communiquent jamais avec la cavité des cellules.

Les chambres limitées par les cloisons (cavité de chaque cellule) renferment ordinairement quelques granules moléculaires, ayant $0^{mm},001$ à $0^{mm},002$, de teinte foncée et souvent doués du mouvement brownien. Sur certains filaments, chaque chambre renferme, au lieu de granules, deux, trois ou quatre cellules ovales, qui remplissent la cavité. Les parois de ces cellules sont pâles, jaunâtres, et se distinguent de celles du filament par leur teinte plus brillante, beaucoup moins foncée. Elles se touchent aussi par leurs extrémités ou sont un peu plus écartées ; leur contenu est homogène, transparent.

L'extrémité d'origine ou adhérente des filaments est ordinairement cachée au centre d'amas de spores isolées ou mêlées avec des cellules épithéliales. Cependant on peut l'isoler ; alors on voit que la première cellule est un prolongement d'une spore et qu'il y a libre communication entre leurs cavités. Que le filament soit formé par beaucoup de cellules et porte déjà des branches ou soit représenté par une ou deux chambres seulement, la spore est toujours reconnaissable. Cette spore renferme habituellement deux ou trois granules sphériques, de $0^{mm},001$, foncés en couleur, à bords nets ; ils exécutent des mouvements rapides de sautillement et changent de place dans la cavité. Aux spores germées adhèrent souvent quelques autres spores assez difficiles à en détacher.

L'extrémité libre ou sporifère des filaments ou de leurs ramifications est ou arrondie sans renflement, ou formée par une cellule sphéroïde plus grosse que les précédentes et séparée d'elles par un étranglement très prononcé ; quelquefois celle-ci est prolongée par une ou deux cellules très petites : cette cellule terminale renflée a de $0^{mm},005$ à $0^{mm},007$. Souvent les cellules qui précèdent le renflement terminal sont ovoïdes, courtes, et donnent au filament un aspect variqueux ou torruleux. Les cellules renflées, terminales, sont probablement près de se détacher, et les cellules pâles contenues dans les chambres dont il a été parlé plus haut, des spores qui commencent à se développer.

Des spores. — Elles sont sphériques ou un peu allongées, à bords nets et foncés, cavité transparente, d'une teinte marbrée et réfractant assez fortement la lumière ; elles contiennent au centre une fine poussière, douée du mouvement brownien, et souvent un ou deux granules de 0,0006 à 1,001, doués du même mouvement ; elles se mettent rarement en chapelet au nombre de deux à quatre à la suite l'une de l'autre.

Un certain nombre de ces spores flottent librement, mais la plupart adhèrent fortement aux cellules épithéliales de la muqueuse buccale, constituent un amas semé à leur surface, et les recouvrent complétement, de sorte que, lorsque les cellules sont isolées, on ne les reconnaît qu'à leur forme ; si elles sont imbriquées en larges plaques, on peut quelquefois reconnaître leurs

bords, parce que les spores sont en moins grand nombre dans le voisin ceux-ci ; souvent, sur les larges cellules, on aperçoit un ou deux groupes laires de spores qui s'en détachent quelquefois et flottent avec les spores i

« Les plaques d'aspect pseudo-membraneux, dit plus loin M. Ch. l ne présentent pas trace des éléments de fausses membranes, et pas de g

Fig. 15.

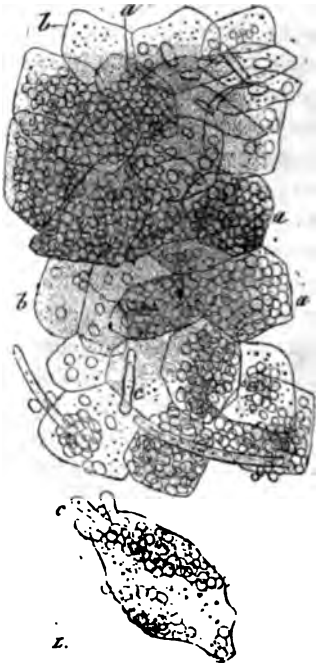


Fig. 15. — Plaque de muguet au troisième jour avec des lamelles épithéliales recouvertes de spores ; *a*, *a*, elles forment des groupes ayant *b*, *b* la forme de lamelles épithéliales ; *c*, *c*, *c*, des tubes commencent à se développer. (Ch. Robin.)

Fig. 16.

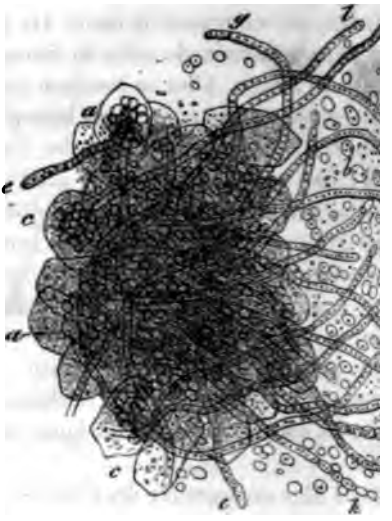


Fig. 16. — Fragments de muguet au troisième jour tres entremêlés de cellules d'épithélium imbriqu spores rondes ou ovales et de tubes d'oïdium al lules d'épithélium ; *b*, *b*, spores isolées ou réuni Elles ont de 0mm,004 à 0mm,005 de diamètre ; *d*, driques tubuleux, cloisonnés avec granules molécu Ils ont de 0mm,003 à 0mm,004 de large sur 0mm, de long ; *e*, leur extrémité renflée ; *g*, renflem spores ajustées bout à bout ; *i*, cellule ovoïde Robin.)

de pus (1). Je n'y ai trouvé que des éléments indiqués précédem déjà MM. Berg et Gruby n'en avaient pas vu d'autres : ce sont les tubuleux, les spores et les cellules épithéliales. Ces corps sont dispo manière suivante, pour constituer les plaques du muguet :

« On voit sur un fragment de celles-ci que les cellules épithéliales une couche serrée du côté de la partie adhérente à la muqueuse. Su face, au contraire, de larges portions de cellules imbriquées sont c

(1) M. Laboulbène y a trouvé au contraire quelques-uns des éléments de membrane. Pour ce médecin, le muguet est surtout composé d'épithélium d Le caractère membraneux y est peu prononcé.

de spores qui y adhèrent fortement, les couvrent, et n'en laissent voir qu'imparfaitement les bords, qui empiètent les uns sur les autres. D'autres cellules libres, couvertes ou non de spores, sont mêlées avec des spores isolées ou réunies en petits amas, et avec les tubes filamenteux du végétal, qui s'entrecroisent en tous sens : ceux-ci rampent à la surface des plaques du muguet, au milieu des spores et des cellules épithéliales libres (c'est-à-dire réunies entre elles seulement par le liquide visqueux du mucus), et forment un réseau plus ou moins épais de filaments entrecroisés. Ces plaques sont molles, faciles à déchirer, et c'est sur le bord des fragments ou sur quelques filaments détachés dans toute leur longueur qu'on voit les tubes libres. »

On rencontre également l'*oidium albicans* dans le muguet des enfants et dans le muguet des adultes ; dans les taches blanches développées à la surface des vésicatoires et sur quelques plaies ou ulcères des jambes.

Il ne peut donc plus exister aucun doute sur la nature végétale, ou, si l'on veut, sur la structure anatomique de la production du muguet.

Au point de vue de l'histoire naturelle, cette découverte est fort intéressante, mais au point de vue médical elle a beaucoup moins d'importance qu'on ne pourrait le croire. Qu'importe, après tout, que la maladie qui nous occupe soit caractérisée par la présence d'un cryptogame dans la fausse membrane? Est-ce moins une production pathologique qui tire son origine d'un état morbide des individus ? Cela change-t-il l'aspect de la maladie et le tableau des symptômes? Non. Le traitement n'est pas même modifié; car, dans la thérapeutique, l'expérience choisi d'avance les moyens à employer sans attendre la sanction des vues théoriques.

En résumé, le muguet est formé par des granulations pseudo-membraneuses mêlées à des crytogames du nom d'*oidium albicans*, déposées à la surface de la muqueuse buccale sous forme des taches blanches plus ou moins nombreuses, assez semblables à de petits fragments de lait caillé. Toutefois, d'après M. Laboulbène, si dans tous les cas, au bout d'un certain temps, il y a de l'*oidium albicans* dans les taches blanches du muguet au début, le muguet pourrait exister sans *oidium* et il pourrait rester ainsi assez longtemps sous cette forme. M. Laboulbène (1) a rapporté plusieurs faits de ce genre; et sur de l'épithélium acidulé mis dans un verre, il a vu se produire la moisissure. De ce fait, résulte que la moisissure n'est pas toute la maladie, qu'elle n'en est que l'accessoire, ce qui est important, exactement comme les parasites de la teigne qui succèdent à l'exsudation morbide du cuir chevelu.

La nature du muguet étant ainsi précisée, nous allons exposer les diverses formes de ce produit morbide, son siége, son mode de production et les phénomènes qui accompagnent son développement; nous parlerons ensuite des causes qui favorisent son apparition et des moyens convenables à employer pour le détruire.

(1) *Loc. cit.*

Forme, siége et caractères du muguet. — Les fausses membranes du muguet se réunissent pour former de petits grains blanchâtres d'apparence caséeuse. D'abord disséminés et isolés, arrondis, ils se réunissent pour former des taches plus grandes et irrégulières, des pellicules plus ou moins épaisses qui forment couche, comme les exsudations membraneuses. Ils présentent quelquefois une couleur jaune qui va jusqu'à la teinte brunâtre; mais cette modification paraît être sans importance. Leur consistance est d'abord assez grande; puis ils se ramollissent et s'écrasent facilement sous les doigts, comme les concrétions pultacées. Ils deviennent bientôt mobiles, et s'enlèvent facilement par un frottement léger qui n'intéresse pas les tissus sous-jacents.

Ils se développent à la surface de l'épithélium dans le mucus acide de sa surface, et quelquefois, ainsi que l'ont observé MM. Gubler et Bazin, dans les follicules de la muqueuse. Dans ce dernier cas, les cryptogames nés dans une cavité glandulaire qu'ils remplissent facilement s'échappent ensuite à travers l'orifice pour se répandre au dehors sous forme d'une petite éminence arrondie d'un blanc laiteux, de manière que l'ensemble de la production rappelle assez bien la forme d'une grenade. Si l'orifice est trop étroit, les filaments byssoïdes distendent la glande outre mesure, et en amincissent les parois à ce point qu'ils semblent former des tumeurs sous-épithéliales. M. Ch. Robin n'accepte pas cette dernière opinion, et il déclare n'avoir jamais vu le muguet dans les follicules de la muqueuse buccale.

Le muguet se développe donc à la surface de l'épithélium sous l'influence du contact de l'air, et l'observation confirme ici l'exactitude des lois posées par M. Dutrochet sur l'intervention de l'air dans la génération spontanée des végétaux infusoires. Or, il n'y a pas d'air au-dessous de l'épithélium; donc le muguet ne peut se montrer qu'à sa surface.

Cependant, si l'épithélium de la muqueuse n'est pas détruit localement par la végétation du muguet, la membrane elle-même présente une modification générale qu'il est bon de connaître. Elle doit être l'une des conditions nécessaires au développement de ce produit, dont elle précède toujours l'apparition; elle est constante et surtout appréciable chez les adultes; elle est plus sensible pendant la vie qu'après la mort.

Cette modification consiste dans un état de ramollissement de l'épithélium, de sécheresse et d'acidité de la membrane muqueuse. Celle-ci présente toujours un aspect lisse, inaccoutumé, principalement sur la langue, qui semble être dépouillée de son enveloppe ordinaire.

Les cryptogames du muguet se développent d'abord dans la bouche, sur les bords de la face postérieure de la langue; sur la face interne des joues, sur la voûte palatine et le voile du palais; sur la face interne des lèvres, enfin, dans le pharynx et dans l'œsophage.

J'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Necker, un exemple vraiment curieux de muguet œsophagien. Les végétations cryptogamiques étaient si confluentes, bientôt réunies, elles formèrent une couche canaliculée recouvrant

euse de l'œsophage : ce tube n'adhérait que très peu aux tissus sous-
ts et recevait les aliments dans son intérieur.

trouve aussi, dit-on, le muguet dans l'estomac, dans l'intestin grêle et
e gros intestin. Des faits de ce genre ont été consignés dans les ouvrages
M. Lediberder, Billard et Valleix. Chez un enfant qui présentait des pro-
ons du muguet dans le gros intestin, j'ai constaté l'extension de la ma-
de la muqueuse au pourtour de l'anus.

ns l'intestin, le muguet se détache très facilement de la muqueuse, et
mêle aux matières excrémentitielles, avec lesquelles il est porté au de-
On peut difficilement le reconnaître à cause de l'analogie qu'il présente
es fragments de caséum si nombreux dans le tube digestif des jeunes
ts. Il n'y a que l'inspection microscopique qui puisse le faire reconnaître
pêcher toute erreur à cet égard.

rencontre avec le muguet une série d'altérations pathologiques très va-
La muqueuse buccale est ordinairement rouge et présente quelquefois
lcérations plus ou moins profondes. Des altérations de même nature
nt dans l'estomac et dans l'intestin; toutefois on les observe plus fré-
ment dans le dernier de ces viscères, dont la muqueuse est fluxionnée,
lie et ulcérée en divers points; pâle au contraire, hypertrophiée, et
t les traces de cicatrices anciennes dans le cas de phlegmasie chro-

phthisie tuberculeuse ou ganglionnaire, la pneumonie chronique, les tu-
blanches, etc., peuvent aussi, à leur dernière période, être compli-
par le muguet. Je l'ai observé maintes fois dans de telles conditions. Il
eloppe alors chez un sujet affaibli et dévoré par la fièvre hectique, cir-
nce très favorable à la germination du cryptogame.

un mot, pour spécifier tout ce qui se rapporte aux lésions concomitan-
muguet, il faut dire que ce phénomène peut se montrer dans toutes
rations organiques capables de produire la cachexie et la mort, dont il
vent le signe précurseur.

Causes.

circonstances qui favorisent la germination du muguet sont difficiles à
ier s'il faut remonter jusqu'aux causes qui amènent la disposition gé-
nécessaire au développement de ce produit.

muguet est une maladie des enfants du peuple, et des enfants mal soi-
nal entretenus et alimentés au verre et au biberon, plutôt que par une
nourrice. C'est une maladie très fréquente dans les hôpitaux de l'en-
et surtout dans les salles destinées aux nouveau-nés, qui demandent
soins que les autres enfants.

'observe plus souvent en hiver et dans les temps humides, à cause des
ns catarrhales qui prennent naissance dans ces saisons.

Le muguet est une affection de tous les âges, il est cependant quent chez les enfants à la mamelle qu'à toute autre époque de l'e On le rencontre assez souvent chez l'adulte ; là, il est toujours sympto On a indiqué la possibilité de son développement chez l'enfant dans la mère, mais cette assertion est erronée. La présence de l'air est au développement de ce cryptogame. Sa génération est donc imp centre des eaux de l'amnios, tant que l'enfant n'a pas été dans la co pouvoir respirer.

Le muguet ne règne d'une manière épidémique qu'autant que les dans le cours desquelles il se développe sont de cette nature. Jam guet idiopathique n'apparaît sous forme d'épidémie.

C'est toujours le muguet symptomatique qui prend cette forme ; la revêt-il que dans les hôpitaux, dont le séjour est pour les enfants de toutes les maladies, et en particulier de l'entéro-colite.

Le muguet n'est pas contagieux à la manière des maladies in comme la variole ; mais il se propage comme certaines affections cu gale ou la teigne, par exemple. Il se transmet par contact direct ; c l'opinion de Baron, Billard, Valleix, et M. Guersant raconte q le muguet du nourrisson se communiquer au sein de la nourrice. Stockholm) l'a transplanté d'un enfant sur un autre en déposant un de cryptogame sur la langue de celui qu'on voulait rendre victime tagion.

Cette opinion n'est pas celle qu'avait adoptée Dugès. Il croyait transmissible par contact indirect, comme la variole ou la scarlati puyant sur ce fait qu'un enfant bien portant avait gagné le mal en nourrice qui donnait le sein à un autre enfant affecté de muguet. C être exact, mais son interprétation est vicieuse, et d'ailleurs il n'e fisant pour accréditer une opinion aussi opposée aux résultats de l'o la plus vulgaire.

Symptômes.

Quelle que soit la nature du muguet, il est évident que ce produit un état morbide dont les phénomènes concomitants sont utiles à c Il faut apprécier les conditions dans lesquelles il se développe, et pu faut étudier à part les lésions de la bouche et les lésions de l'organis néral pour les comparer ensemble et saisir le rapport qui les sépa les réunit.

Il se passe dans la bouche des modifications importantes qui rend ble la génération spontanée de l'*oidium albicans* du muguet. C'est matériel, facile à saisir, qu'on ne peut méconnaître et qu'on doit comme la préparation des tissus, indispensable au développement d me.

modifications sont moins facilement appréciables dans la bo

que dans la bouche des adultes. Elles sont caractérisées par une trans-
n de l'épithélium, qui devient lisse, sec, glutineux et semble détruit.
euse acquiert une rougeur et une chaleur inaccoutumées, devient le
ne cuisson très douloureuse; la langue est surtout modifiée dans son
lle devient rouge, et ses papilles sont plus apparentes que dans l'état
. Son enduit tend à disparaître, et, d'après les observations de
er, il offre constamment les signes d'une réaction acide très pro-
c'est même à cet état acide de la muqueuse qu'il faut attribuer le
ement des cryptogames.

érations sont celles de la stomatite; mais elles ne suffiraient pas pour
la germination du muguet, si une autre cause d'un ordre plus élevé
enait en aide. En effet, la stomatite existe assez souvent sans que le
paraisse. L'intervention d'une seconde influence est donc nécessaire ;
qui vient féconder le support et le rendre propre au développement
ite.

est donc l'influence qui vient ajouter aux altérations de la bouche?
les lésions de l'organisme qui coïncident avec le muguet va nous la
naître. Disons-le par avance : c'est, d'une part, l'état de santé que
e la mauvaise hygiène, et de l'autre, la cachexie qui suit la phlegmasie
res.

yptogames du muguet se développent quelquefois chez des enfants
en apparence bien portants, qui ne présentent aucune lésion orga-
préciable, mais qui sont dans un état de faiblesse marqué, se rap-
de la disposition chloro-anémique ; c'est ce qu'on appelle *muguet*
que. J'en ai recueilli plusieurs exemples. Il se développe aussi à la
n accès de fièvre éphémère, ou dans la période fébrile de l'éruption
, chez des enfants de faible constitution et placés dans de mauvaises
s hygiéniques.

sions de la bouche sont les seules qui, dans ce cas, soient apprécia-
'y a pas de fièvre ni de troubles gastriques. Les taches de muguet se
ent sur la langue, sur la face interne des joues et des lèvres, ne de-
jamais confluentes, et disparaissent en quelques jours sous l'influence
les plus simples.

ariété de muguet ne se développe que bien rarement dans la ville ;
ncontre surtout dans les hôpitaux. Les enfants que j'ai observés ap-
nt à des familles pauvres ; ils avaient souffert plus ou moins long-
la mauvaise alimentation de leur mère ; ils étaient mal soignés, mal
s, privés des soins dont s'entoure l'opulence ; ils n'avaient pour res-
le peu d'air renfermé dans les chambres des enfants du peuple ou
ongues et tristes salles de nos hôpitaux. Tous étaient faibles, chétifs,
loppés pour leur âge. Il n'en était aucun qui pût, selon moi, être
omme jouissant d'une bonne constitution et d'une santé parfaite.

serve beaucoup plus ordinairement le muguet chez les enfants

atteints par une maladie aiguë ou chronique grave. Cette variété porte de *muguet symptomatique :* elle est, en effet, l'expression de plusieurs morbides qui, sans avoir de rapports entre eux, constituent l'influence rale nécessaire au développement de ce produit.

Le muguet symptomatique se rencontre dans le cours de toutes les dies chroniques des enfants, et principalement à l'approche de la terminaison fatale de ces maladies. La production du cryptogame est très rapide taches fort nombreuses. D'abord petites et isolées, elles augmentent lume, se réunissent et forment une éruption très confluente. Quelquefois même on rencontre des couches fort épaisses, capables de gêner la tion, si elles s'étendent jusque dans le pharynx. C'est dans le muguet s matique que l'on observe à la surface de la muqueuse buccale de petites rations peu nombreuses, à fond grisâtre, qui ressemblent beaucoup que produisent les aphthes.

Quoi qu'on en ait dit, le muguet symptomatique n'a pas de symptômes néraux qui lui soient propres. Il ne peut avoir que les symptômes des dies dans le cours desquelles il se développe. Comme ces maladies sont breuses, il s'ensuit que son expression symptomatique est fort variée.

Il est cependant une affection qui, entre toutes, paraît être plus fa que bien d'autres à la génération du muguet, c'est l'entéro-colite.

On observe successivement tous les symptômes de la phlegmasie intestinale. Ces symptômes sont la diarrhée, les vomissements, l'érythème et les tions des fesses, des cuisses et des malléoles, la fièvre avec rémission quotidienne jointe à un amaigrissement rapide : la muqueuse buccale se sèche flamme, et devient acide ; le muguet se développe, il envahit la bouche déterminant la gêne de la succion et de la déglutition ; il ne change pas pression symptomatique de la phlegmasie de l'intestin. Il dure plus ou longtemps, disparaît assez facilement, et se reproduit de même jusqu'à rison ou la mort de l'enfant.

Le muguet apparaît aussi dans le cours de la pneumonie ou de la tuberculeuse chez des enfants qui ne présentent aucune altération d digestives. Je l'ai observé dans le cours d'une hydrocéphalie chroni rien autre chose que la cachexie de l'enfant n'a pu me rendre compte origine.

En résumé, nous voyons qu'il y a deux variétés de muguet : le idiopathique et le muguet symptomatique.

L'un et l'autre se rattachent à une disposition générale des indivi premier dépend d'un mauvais état de la constitution, et le second d'un ble de santé causé par une affection organique.

Le muguet n'a d'autres symptômes que ceux qui ressortent de l'ins de la bouche, c'est-à-dire les symptômes locaux.

Les symptômes généraux n'appartiennent pas au muguet : ce sont des maladies dans le cours desquelles cette production se développe. On

ent ces symptômes sont ceux de l'entérite ; mais on a quelquefois observé de la pneumonie, de la phthisie tuberculeuse, de l'hydrocéphalie, etc.

volution et durée du muguet. — Le mode de production de l'*oidium* qui nitue le muguet est important à connaître. A part les symptômes généraux résultent des souffrances de l'organisme ou des altérations variées survedans les organes, et que, pour ces motifs, nous passons sous silence, il omplit dans la bouche des phénomènes dont il faut parler ici. Ce sont les omènes relatifs à l'évolution du cryptogame. On doit considérer leur apion successive comme la marche véritable de la maladie.

nsi, prenant en considération l'état général des individus, les diverses fications organiques qui troublent leur santé ; élevant ces causes au degré e puissante influence dont la force est en rapport avec son origine plus oins ancienne, influence qui domine sur les malades et les dispose à la ination du muguet, voyons ce qui se passe dans la bouche.

muqueuse devient acide, rouge, chaude et douloureuse ; son épithélisse et fort brillant. Vingt-quatre heures après, ou au plus après trois , un ou plusieurs cônes de cryptogames apparaissent sous forme de points blancs à peine visibles. Chacun d'eux est formé par une granu- albumino-fibrineuse, remplie d'*oidium albicans;* elle s'accroît par inception, forme un cône plus large qui devient de moins en moins adhét tombe naturellement dans l'espace de quatre jours. Autant de cônes, t de phénomènes semblables à ceux dont nous venons de parler.

nme leur germination n'est pas instantanée, et qu'elle s'opère d'une ma- successive, il en résulte que, à une certaine distance, pour celui qui ne de pas très bien, le muguet dure de dix à douze ou quinze jours, parce tombe et se reproduit en d'autres endroits.

ensemble des concrétions du muguet disparaît facilement chez les enfants ont peu malades ou qui ont le muguet idiopathique. Ces cryptogames raissent avec la même facilité chez les enfants atteints du muguet symatique ; mais ils se reproduisent et reviennent ainsi trois ou quatre fois le cours de la maladie. J'ai vu des enfants atteints d'entéro-colite chro- depuis plusieurs mois, qui avaient eu le muguet à quatre reprises difes, et qui mouraient ayant encore du muguet : non pas qu'ils fussent isonnés par ce cryptogame, mais parce qu'ils avaient ou une phlegmasie vancée des voies digestives ou une affection chronique des poumons.

Pronostic, terminaisons.

production du muguet indique toujours, chez les enfants qui le porun degré notable de faiblesse native, ou un état morbide grave provoqué es accidents aigus, ou enfin une cachexie plus ou moins avancée, conséce d'une maladie chronique.

présence de ces granulations caséeuses garnies d'*oidium* est donc un

signe fâcheux. Cependant il faut dire qu'elle n'ajoute rien à l'état des en qu'elle n'aggrave pas leur position, et qu'il en est exactement la même de la maladie, avant et après l'apparition du muguet. Toutefois, quand vient dans une maladie chronique, il indique une terminaison prompte fâcheuse.

Il n'y a qu'une seule circonstance dans laquelle le muguet soit qu chose par lui-même et mérite qu'on s'en occupe : c'est lorsque, par la fluence de ses végétations, il apporte un obstacle matériel à l'introduction aliments dans l'estomac. A part cet accident, qui est très rare, le mug fort innocent de sa nature.

Il n'a jamais fait mourir personne, et j'ai peine à comprendre les st ques faites sur cette maladie. M. Baron a observé, dit-on, 150 enfants a de cette maladie, et 109 ont succombé. D'après Valleix (1), auquel prunte cette citation, il aurait eu lui-même 22 décès sur 24 malades. n'est pas étonnant, puisque tous avaient une entéro-colite, compliquée, huit d'entre eux, par une pneumonie, et chez un neuvième, par une m gite. On pourrait mourir à moins de frais ; et certainement le cryptog la bouche n'a pas contribué le moins du monde à ce résultat.

En effet, la mort n'est jamais la conséquence de la maladie qu'on a muguet. C'est se méprendre de la manière la plus étrange d'émettre u reille assertion. Sur 42 malades dont j'ai recueilli les observations à l Necker, 14 avaient le muguet idiopathique, et pas un n'a succombé. C autres, l'apparition de ce cryptogame était symptomatique d'une affecti cérale. 20 sont morts ayant : 12 une entéro-colite chronique, com chez 5 par la pneumonie tuberculeuse, chez 4 par une entéro-colite chez 3 par une pneumonie, et chez 1 par une hydrocéphalie. Les 8 qui étaient affectés d'entéro-colite ou consumés par la phthisie. Ils sont l'hôpital ayant encore le muguet.

Je ne pense pas que, chez les enfants qui ont succombé, on puisse sur la cause de la mort, et qu'on puisse balancer un instant entre un végétal, placé sur la muqueuse de la bouche, et une affection viscé précède toujours alors l'apparition de ce produit.

Traitement.

Les agents thérapeutiques locaux suffisent pour faire disparaître le idiopathique et le muguet symptomatique.

Les infusions et décoctions mucilagineuses de mauve, de guima graine de lin, etc., sont bonnes à employer en injection ou en gar quand le malade est d'âge à pouvoir s'en servir.

La médication substitutive, conseillée par Boerhaave, van Swieten, Sauvages, etc., est beaucoup plus convenable et réussit très rapidem

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 202 et s

. Guersant conseille l'usage d'une décoction mucilagineuse, à laquelle on te un quart de liqueur de Labarraque ou de jus de citron. On l'emploie ide d'un pinceau de charpie que l'on porte dans la bouche des enfants. médecin a retiré aussi quelques avantages de la solution légère de sulfate mine dans de l'eau.

docteur Hencker a recommandé les solutions de sulfate de zinc à la dose gramme pour 30 grammes d'eau de laitue. A. Dugès a préconisé l'em- le collutoires, dans la composition desquels entrent les acides végétaux, naigre, le suc de citron, etc. M. Bretonneau s'est également bien trouvé alomel associé au sucre en poudre, et mis dans la bouche à la dose d'un -grain trois ou quatre fois par jour.

médication suivante, fort ancienne, doit être mise en usage, car elle est urs suivie de succès :

Borax.....	5 à 15	grammes.
Miel.....	20 à 30	—

ez et employez, en portant, trois fois par jour, ce collutoire sur les parties ma- à l'aide d'un pinceau de charpie.

fort souvent vu employer cette médication topique, et, sous son in- ce, les cryptogames du muguet idiopathique et symptomatique se flétris- et tombent en vingt-quatre ou trente-six heures.

est rare que les concrétions remplies de l'*oidium* du muguet résistent à moyens. On doit les combattre alors par la cautérisation avec le nitrate gent pour en triompher avant qu'elles aient pu devenir confluentes.

a diète ne convient dans le muguet que lorsque la maladie se rattache à affection aiguë grave. Sans cela, il faut, autant que possible, alimenter les nts.

es moyens thérapeutiques généraux que l'on est obligé de mettre en usage cette maladie ne s'adressent pas au muguet ; car dans le muguet simple traitement local suffit. Ce n'est que dans le muguet symptomatique que moyens deviennent nécessaires. On les applique alors, moins contre les ns de la bouche que contre les lésions de l'intestin, du poumon, etc., si uemment compliquées par la présence de ce produit.

est inutile de parler du traitement de ces maladies ; on le trouvera indiqué ars en lieu plus convenable.

Aphorismes.

4. La bouche béante, avec des lèvres écartées, sèches et noirâtres, in- t une stomatite ulcéreuse.

Les cautérisations guérissent très promptement les ulcérations inté- es de la bouche.

226. Un aphthe devenu gangréneux est toujours le point de départ du sphacèle qui envahit les parois buccales.

227. La gangrène de la bouche se développe ordinairement chez les enfants débiles, mal nourris, lymphatiques et placés au milieu de circonstances hygiéniques extérieures défavorables.

228. La gangrène de la bouche est quelquefois épidémique.

229. La gangrène de la bouche existe souvent avec la gangrène de l'anus et des parties génitales.

230. La gangrène de la bouche s'annonce par une fétidité de l'haleine toute spéciale, et désignée sous le nom de *fétidité gangréneuse*.

231. L'extrême fétidité de la bouche unie à un engorgement aigu et circonscrit de la paroi buccale indique l'invasion de la gangrène.

232. La gangrène de la bouche étendue à une grande partie de la peau du visage est mortelle.

233. La gangrène de la bouche qui s'étend au visage peut amener la mortification des gencives, la chute des dents et la nécrose des os maxillaires.

234. La gangrène de la bouche ne guérit bien qu'à son début, sous l'influence d'une cautérisation profonde, répétée deux ou trois fois par jour, et faite avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique.

235. L'acide chlorhydrique pur est préférable à tous les autres caustiques dans le traitement de la gangrène buccale.

236. La stomatite particulière qui modifie la sécrétion du mucus buccal et le rend acide, engendre le muguet.

237. Le muguet est une concrétion albumineuse remplie d'*oidium albicans*, formée à la surface de la membrane muqueuse de la bouche.

238. De petites granulations blanchâtres, discrètes ou confluentes, semblables à des grumeaux de lait caillé et disséminés dans la bouche, caractérisent le muguet.

239. Le muguet est rarement une maladie primitive chez les enfants.

240. Le muguet se montre ordinairement à la fin de toutes les maladies aiguës graves, et dans le cours des maladies chroniques.

241. Le muguet indique ordinairement un état général grave.

242. Le muguet qui se montre dans le cours des maladies chroniques, chez l'adulte, annonce ordinairement une mort prochaine.

LIVRE IX.

DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA DIARRHÉE.

La diarrhée est une affection très commune chez les nouveau-nés et chez les ants à la mamelle. Il est souvent fort difficile d'en apprécier la cause et la ure. Elle se présente en effet sous les formes les plus diverses : tantôt elle alte de troubles fonctionnels sécrétoires de la muqueuse intestinale sans ration organique appréciable, et tantôt, au contraire, elle dépend d'une ration anatomique de cette membrane. Dans le premier cas, c'est *un flux*, un catarrhe de l'intestin ; dans le second, c'est le *symptôme d'une inflam- ion aiguë ou chronique des voies digestives.* Il importe cependant qu'on e distinguer entre elles ces variétés, afin de n'être pas exposé à commettre plus graves erreurs de thérapeutique.

ans cette pensée, et pour obvier aux inconvénients qui pourraient résulter e méprise, je vais tracer l'histoire de la diarrhée des jeunes enfants, en mençant par la description du flux muqueux idiopathique de l'intestin, et t soin d'écarter de mon travail celle de la diarrhée qui dépend des diverses mmations de l'intestin. C'est la seule manière d'étudier convenablement comprendre tout ce qui se rapporte à ce phénomène morbide.

Définition.

a diarrhée est caractérisée par la fréquence des déjections alvines modi- s dans leurs qualités physiques et chimiques. Il y a augmentation des pro- s de sécrétion de l'intestin et mélange de ces produits avec les matières émentitielles.

Historique.

ans les derniers siècles, la plupart des auteurs qui ont tracé l'histoire de iarrhée ont évidemment pris modèle sur l'adulte, sans considérer les varia- s que présente ce phénomène, lorsqu'il se développe dans l'enfance. Quel- s-uns cependant ont décrit d'une manière plus spéciale la diarrhée de la tition, la diarrhée vermineuse (Sennert), la diarrhée des enfants allaités vages), la diarrhée pituiteuse ou fièvre muqueuse, très fréquente chez les nts atrophiques et sujets aux vers (1). Aucun n'a fait de la diarrhée des nts l'objet d'une étude particulière.

es dissertations spéciales datent d'une époque plus voisine de la nôtre.

(1) Stoll, *Aphor.*, 376.

Toutes se recommandent par un caractère commun, qui est l'incertitude du diagnostic de la maladie. Leurs auteurs réunissent trop souvent la diarrhée catarrhale avec la diarrhée inflammatoire. Mais l'état si restreint des connaissances d'anatomie pathologique ne permettait pas de faire mieux. Ainsi ce qu'Ettmuller rapporte à la fièvre lymphatique s'applique à ces deux variétés de diarrhée. La fièvre rémittente d'Armstrong, de Butter, d'Undervood, les comprend l'une et l'autre. On pourrait en dire autant de la fièvre gastrique de Hufeland et de la description de la diarrhée donnée par Gardien (1).

Dans ce siècle, les auteurs sont généralement tombés dans un excès contraire. Ils ont, dans leurs tendances trop exagérées de localisation, rapporté à l'entérite un assez grand nombre de faits de diarrhée catarrhale qui ne se rattachent pas aux modifications anatomiques du tissu de l'intestin.

Ainsi Billard admet quatre espèces d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale susceptibles de provoquer la diarrhée. La première, c'est l'*entérite érythémateuse*, à laquelle se rattache le muguet de la bouche. La deuxième est encore une *entérite érythémateuse, avec altération de sécrétion de l'intestin* et production de muguet dans son intérieur. La troisième est constituée par l'*inflammation des follicules de l'estomac et de l'intestin :* c'est l'*entérite folliculeuse*. L'auteur la regarde comme étant spéciale au nouveau-né. Enfin, dans la quatrième espèce, l'*entérite proprement dite*, on trouve les rougeurs, les ulcérations, les ramollissements et la gangrène de la muqueuse ; en un mot, tous les désordres qui caractérisent l'inflammation de cette membrane.

Valleix (2) ne fait aucune mention de la diarrhée catarrhale. Tous les exemples de diarrhée qu'il rapporte sont relatifs à l'entérite combinée au muguet, et quelques-uns, au nombre de trois, à l'entérite simple.

C'est sous les dénominations de phlegmasie gastro-intestinale et de fièvre typhoïde que MM. Rilliet et Barthez, ont d'abord exprimé les résultats de leurs observations sur les affections des voies digestives. Pour ces auteurs, la diarrhée était ainsi subordonnée aux altérations de texture de l'intestin, malgré des faits prouvant le contraire jusqu'à l'évidence. On trouvait dans leur ouvrage l'histoire d'un enfant mort avec tous les symptômes d'une entéro-colite aiguë et chez lequel le tube digestif était d'un bout à l'autre dans le plus parfait état d'intégrité.

Plusieurs faits de ce genre, joints à de nombreuses observations d'enfants atteints de diarrhée passagère et de courte durée, ont enfin démontré qu'il était impossible de rapporter constamment aux lésions organiques de la muqueuse intestinale le flux d'entrailles qui dépend quelquefois d'un simple trouble des fonctions sécrétoires de l'intestin. Une opinion mixte a pris naissance, et bon nombre de médecins, au nombre desquels je citerai MM. Gendrin, Barrier, Legendre (3), Rilliet et Barthez eux-mêmes, dans la seconde

(1) *Traité d'accouchement.*

(2) *Clinique des maladies des enfants.*

(3) *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance.*

ition de leur livre, admettent également la diarrhée catarrhale et la diarrhée lammatoire.

M. Barrier sépare avec raison la lésion fonctionnelle simple, de la lésion ctionnelle accompagnée d'une modification de texture. Il établit que plus se rapproche du moment de la naissance, plus aussi le phénomène de persécrétion de la muqueuse intestinale est commun, sans être toutefois s la dépendance de la gastro-entérite. Il désigne, avec M. Gendrin, cet sous le nom de *diacrise*, et il passe en revue la *diacrise acescente* provo-e par l'acidité des sucs digestifs ; la *diacrise folliculeuse* qui résulte de persécrétion des follicules mucipares, à laquelle succèdent souvent l'in-mation et l'hypertrophie de ces glandes. Il fait enfin l'histoire de la *gastro-érite*.

Division.

es considérations qui précèdent doivent faire comprendre combien est rieuse l'étude de la diarrhée des enfants, et combien il doit être difficile rapporter exactement un symptôme si complexe à sa véritable origine.

a diarrhée des enfants résulte d'une lésion fonctionnelle avec supersécré-de la muqueuse intestinale. Elle peut être occasionnée : 1° par une le accélération du mouvement péristaltique des intestins, qui pousse trop dement les matières de l'estomac vers l'anus, comme cela arrive dans les gestions et à la suite des impressions morales vives, comme la douleur, la eur, etc. ; 2° par l'augmentation de sécrétion des mucosités intestinales, ce l'on a appelé catarrhe de l'intestin. Le froid, qui supprime les sécrétions nées ; les aliments trop substantiels ou trop excitants, qui excitent les lles muqueuses, déterminent ce catarrhe, la convalescence de la variole s maladies aiguës ; l'influence sympathique du travail de la dentition ; la titution médicale du moment et l'influence épidémique qui en résulte, etc. ; enfin, par une modification anatomique des follicules glandulaires es tuniques intestinales occasionnée par la présence d'une inflammation. es trois ordres de phénomènes, séparés ou réunis, sont de nature à pro-e la diarrhée. Mais qui ne voit l'énorme différence qui les sépare ? Les premiers existent presque toujours simultanément et sans qu'il y ait d'al-ion organique sur la muqueuse ni sur les follicules de l'intestin. La hée qui est sous leur dépendance a été appelée *diarrhée idiopathique*, vec plus de raison, *diarrhée catarrhale*, *nerveuse* ou *spasmodique*.

est au troisième ordre qu'il faut rapporter la *diarrhée symptomatique* ou *rhée inflammatoire*, c'est-à-dire l'*entérite aiguë* et l'*entérite folliculeuse* *ièvre typhoïde*.

y a donc deux espèces de diarrhée : l'une dont la cause anatomique nous ppe ; elle est indépendante des altérations du tube digestif : c'est un flux ; désigne sous le nom de *diarrhée catarrhale et spasmodique* ; l'autre se che à ces mêmes altérations, et je la décrirai 1° sous le nom de *diarrhée ammatoire* ou d'*entéro-colite* et 2° sous celui de *fièvre typhoïde*.

§ I. — Diarrhée catarrhale et spasmodique.

La diarrhée spasmodique et catarrhale est celle qui se développe c enfants dont le canal alimentaire reste longtemps dans un parfait état grité. Elle est très commune pendant la durée de l'allaitement. Elle est minée par la grande susceptibilité des entrailles, qui, à cet âge, sont ment troublées par les causes les plus diverses. Il en résulte une ex nerveuse des tuniques musculaires de l'intestin, un véritable spasme d'occasionner le flux d'entrailles. Cette diarrhée est évidemment aussi gère aux altérations anatomiques de l'intestin que la sueur qui co front d'un homme épouvanté, et que les larmes versées par un cœur e le sont, l'une au mouvement fébrile, les autres aux affections de la lacrymale.

En effet, chez des enfants qui succombent à d'autres affections qu du tube digestif, et qui ont eu la diarrhée pendant la vie, on ne re souvent aucune altération de l'intestin. Ces faits, que j'ai observés e nombre, ne seront contestés par personne. Ils appartiennent à la pa des adultes : je les regarde comme des exemples de diarrhée catarrhal

Mais, dans des circonstances plus rares, la même absence d'alt pathologiques s'observe chez des sujets qui succombent à l'épuisement par la diarrhée, sans qu'il y ait de modification spéciale dans aucun de viscères. MM. Rilliet et Barthez, dans leur exposé de l'entérite, rappor fait de cette nature. J'en ai observé beaucoup d'autres ; mais il en est particulier, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir plus loin. Dans j'avais considéré l'enfant comme étant affecté d'une entéro-colite, lo mort et la nécropsie vinrent me démontrer mon erreur et l'absence d altération anatomique. C'est ce fait qui m'a fait envisager la diar double point de vue étiologique des troubles fonctionnels et des troul ganiques de l'intestin.

Causes.

Les causes de la diarrhée catarrhale sont très variées et se retrouvent plupart dans les causes de la diarrhée dite inflammatoire ou organi qui pourrait faire présumer qu'entre ces deux espèces il n'y a qu'un rence de degré, d'autant mieux encore que fort souvent celle-ci succè première. En effet, une diarrhée catarrhale prolongée détermine la con et l'ulcération de la muqueuse intestinale, sous l'influence de l'irritati manente entretenue par les liquides âcres et corrosifs versés à la surfac muqueuse. Il se passe sur l'intestin ce qui se passe à la peau du pour l'anus irritée par les mêmes matières excrémentitielles, c'est-à-dire r et ulcération consécutive. Tout écoulement muqueux prolongé a le mê sultat sur les surfaces environnantes.

Les causes de cette diarrhée sont : 1° l'état de débilité survenu chez des enfants placés dans des conditions hygiéniques défavorables, nourris sans précaution, qui tettent trop fréquemment et qui reçoivent des aliments trop substantiels pour leur âge ; 2° le rachitisme ; 3° l'herpétisme ; 4° l'état nerveux occasionné par l'action du froid, par les impressions morales personnelles, la peur ou la colère ; par la souffrance d'une dentition laborieuse ; par la présence de vers intestinaux ; par l'influence mystérieuse exercée sur un nourrisson par une mère trop facilement impressionnable, dont les sens sont continuellement agités par des craintes, par des inquiétudes chimériques et par les diverses impressions morales ou sensuelles ; 5° par les altérations du lait de la nourrice et 6° enfin, l'influence des fièvres éruptives, qui sont fort souvent accompagnées de cette variété de diarrhée.

A. Les conditions hygiéniques défavorables au milieu desquelles on observe le plus fréquemment la diarrhée sont la mauvaise qualité de l'atmosphère que respirent les enfants et la malpropreté qui les environne.

Malgré les nombreuses recherches dont la composition de l'air a été le sujet, on n'a pas encore rendu compte des modifications qu'il éprouve et des qualités malfaisantes qu'il acquiert par suite du rassemblement d'un grand nombre de sujets malades dans le même lieu. Il se corrompt sans qu'on puisse saisir la nature des molécules qui l'empoisonnent. Son influence se manifeste par des coups d'autant plus redoutables qu'ils sont plus inattendus. Il devient le germe d'une foule de maladies épidémiques, et même sporadiques. C'est un fait tellement bien acquis à la science, qu'il est inutile d'insister davantage sur ce point. Dès lors, il est facile de comprendre pourquoi la diarrhée est si commune dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, et pourquoi le séjour à l'hôpital des Enfants trouvés, ou dans d'autres maisons semblables, est une circonstance prédisposante des plus favorables au développement de l'irritation d'entrailles. Dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie, la diarrhée catarrhale constitue l'affection la plus ordinaire des enfants parmi celles qui se développent sur ceux qui sont depuis quelque temps à l'hôpital. C'est d'ailleurs la faute de l'administration supérieure, s'il en est ainsi, car elle se refuse souvent aux améliorations d'hygiène que lui demandent les médecins. Que de fois ai-je demandé qu'on n'encombrât pas mes salles, ou qu'on désinfectât les fosses d'aisances ! Cela est encore à faire.

Il faut nécessairement ajouter à l'influence qui précède, celle qui résulte de l'état de malpropreté dans lequel on laisse les enfants, soit par négligence, soit par l'impossibilité matérielle où l'on se trouve de leur donner des soins plus assidus. C'est encore dans les hôpitaux qu'on rencontre cette circonstance, là où l'administration ne peut pas mettre un nombre d'infirmiers en rapport avec celui des enfants.

La susceptibilité d'entrailles, occasionnée par la constitution de l'atmosphère et la négligence des soins hygiéniques, existe également dans la ville parmi les classes pauvres, dont les enfants, nourris dans les quartiers popu-

leux de la capitale, sont soumis aux privations de la misère. Les mères obligées de travailler pour soutenir leur existence, abandonnent leur enfant le matin, reviennent à plusieurs moments du jour pour le nourrir, et le laissent souvent, faute de linge, dans l'état de malpropreté et de pourriture.

Toutes ces circonstances nuisent au développement des nouveau-nés, amènent un état de faiblesse que découvre le regard le plus indifférent, prédisposent d'une manière non équivoque aux affections des voies digestives.

B. La diarrhée s'observe fort souvent chez les jeunes enfants nourris avec abondance, mais sans précaution, chez d'autres dont la nourriture est insuffisante, et enfin chez ceux qui ne sont pas allaités et dont la nourriture est mauvaise ou peu appropriée. Les premiers, par suite d'une sollicitude mal comprise, reçoivent de leur mère une nourriture trop forte pour leur âge, et tettent sans désemparer, et prennent en supplément des fécules, des bouillies et trop souvent même la nourriture ordinaire de la famille. On détermine chez l'enfant des indigestions dans le but de le fortifier. Il en est aussi chez les artisans et chez beaucoup de personnes d'ailleurs fort éclairées. Cette diarrhée qu'il faut par analogie appeler diarrhée *à crapulé*, pour la distinguer de celle qui a reçu ce nom chez l'adulte.

Il est d'autres enfants qui sont allaités par une nourrice dont le lait est insuffisant, ou qui ne sont pas élevés au sein et qui tettent au biberon. Ceux-là sont dans une condition opposée; ils subissent la conséquence d'une alimentation mauvaise.

Le procédé de nourrir au biberon les enfants est tolérable, mais il est de tout autre; car il est fort défectueux, entraîne de graves inconvénients, en particulier celui qui nous occupe. Le lait qu'on donne à l'enfant n'est pas celui de l'espèce. Il est difficile de s'en procurer qui soit d'une bonne qualité, et dans les hôpitaux il n'a pas toujours toutes les qualités désirables, et on le donne souvent à une température peu convenable. Au reste, sans prétendre juger définitivement la question de l'allaitement, ce qui serait un hors-d'œuvre, on peut accepter sans contestation que la mortalité des enfants élevés au biberon est plus considérable que celle des enfants allaités par une nourrice, et j'ajouterai que la plupart de ces enfants succombent à la suite des inflammations des voies digestives (1).

Le danger est bien plus imminent pour ceux qui sont privés d'une nourrice ou d'un biberon, et que l'on élève à la timbale. Il en est de même des enfants plus âgés auxquels on donne une nourrice insuffisante ou mauvaise. Ceux-là ont de fréquents accidents plus ou moins graves du côté des voies digestives, et notamment des diarrhées catarrhales. Un grand nombre se

(1) J'ai traité complétement ce sujet dans un autre ouvrage, consacré à l'hygiène physique des jeunes enfants, en parlant de l'allaitement naturel, de l'allaitement artificiel, et du régime des enfants.

iués par la phlegmasie aiguë qui succède à cette diarrhée. C'est ainsi succombent beaucoup d'enfants apportés dans les hôpitaux pour des ma- aiguës de la peau, de la tête ou de la poitrine, malheur qu'il serait sou- facile de prévenir, si l'administration voulait suivre les principes iène que lui tracent les médecins.

L'impression du froid, qui détermine si facilement la diarrhée chez me, est suivie d'un effet semblable chez les jeunes enfants. C'est dans r, à l'ouverture de la saison, au moment des premières rigueurs de la rature, que l'on observe cet accident. Il n'y a rien de plus facile que de endre compte chez l'homme, en raisonnant avec lui sur ses sensations. Il est plus de même chez l'enfant au berceau. L'action de cette cause ne être alors acceptée que comme une analogie fort raisonnable, justifiée eurs par le nombre des diarrhées catarrhales que l'on observe dans la n froide.

. Rosen recommande d'éviter avec soin, chez les enfants, les diverses ressions morales, car il leur attribue une influence évidente sur la pro- tion de la diarrhée. Il est certain que la grande frayeur et la violente re peuvent produire ce résultat. On pourra s'en assurer en observant ce se passe chez les enfants tourmentés par la visite et par les investiga- s du médecin, comme chez d'autres en proie à la frayeur et à la souf- ce causées par une petite opération chirurgicale. J'ai vu plus d'une fois iarrhée survenir à la suite de l'ouverture des collections purulentes du et de la nuque. Au moment même de l'opération, l'enfant, surpris et é, couvert de sueur, laissait échapper ses matières, et quelques heures ès, la diarrhée s'établissait pour un ou deux jours. C'est d'ailleurs, dans e circonstance, un phénomène sans importance et sans gravité.

Il y a peu de maladies des enfants que l'on n'ait voulu, à tort ou à on, rattacher d'une manière plus ou moins éloignée à l'influence de l'évo- on dentaire. Il n'en est pas une qui, mieux que la diarrhée, soit plus fran- ment sous cette dépendance. Il est certes inutile de démontrer un phé- ène aujourd'hui vulgaire; mais il ne peut être sans intérêt de pré- r plus sévèrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici la fréquence de cette com- ation.

ous avons recueilli ces documents dans les salles de l'hôpital Necker, en rrogeant les nourrices qui s'y trouvaient. Sur un nombre considérable fants en travail de leur première dentition (138), nous avons voulu con- re quels avaient été les troubles des voies digestives dépendant de l'évo- n dentaire. Un petit nombre (26) est resté à l'abri de toute indisposition; nt eu de l'agitation, des coliques et une diarrhée passagère, trop peu in- e pour donner de l'inquiétude aux parents, diarrhée dont les rapports influence qui nous occupe ne m'ont point paru avoir été sagement ap- par eux; 46 autres ont offert une diarrhée abondante. Chez 19 de ernier, elle parut au même moment que la fluxion des gencives, et cessa

LANE LIBRARY, STANFORD UNIVERS

avec elle pour se produire à l'occasion de la sortie de chacune des dents, sans que rien de semblable soit observé dans l'intervalle (1).

Chez les 28 derniers, dont la dentition fut très laborieuse, la diarrhée se prolongea et prit peu à peu les caractères de la diarrhée inflammatoire. Elle se termina par une entéro-colite.

Il est difficile de se rendre un compte satisfaisant du rapport qui existe entre l'irritation des entrailles et l'évolution dentaire : c'est un fait constant, dont l'analyse seule reste environnée d'hypothèses plus ou moins vraisemblables.

Pour quelques médecins, l'état de douleur occasionné par la fluxion des gencives détermine des malaises et un agacement nerveux dont le résultat est d'augmenter les contractions péristaltiques de l'intestin et de nuire à l'assimilation des aliments. La diarrhée qui en est la conséquence doit être considérée comme un phénomène nerveux et sympathique.

Il en est d'autres qui regardent la fluxion de la muqueuse buccale comme un état inflammatoire, susceptible de s'étendre à la muqueuse de l'intestin et capable de déterminer l'entéro-colite.

Ces deux opinions sont justes ; mais elles deviennent hasardées dès que l'on adopte l'une à l'exclusion de l'autre : toutes deux sont justifiées par l'observation. Seulement il faut savoir que cette diarrhée, qui se rattache à l'évolution dentaire, paraît être, primitivement au moins, et comme le démontre la marche des accidents, un phénomène sympathique. Ce n'est que plus tard, lorsque la diarrhée se prolonge, qu'elle prend les caractères d'une diarrhée inflammatoire avec tous les symptômes que nous indiquerons plus loin.

F. C'est à l'excitation nerveuse des tuniques musculaires de l'intestin qu'il faut rapporter la diarrhée qui se manifeste chez un grand nombre d'enfants qui ont des vers intestinaux. Elle est moins sûrement le résultat des phénomènes sympathiques généraux que la conséquence de l'irritation des papilles muqueuses et de l'ulcération du mouvement péristaltique de l'intestin. Comme la diarrhée qui se rapporte à l'irritation dentaire, celle-ci est primitivement indépendante des altérations anatomiques des voies digestives et constitue un phénomène purement nerveux. A une époque plus avancée, elle offre quelques-uns des symptômes de l'entéro-colite. Elle en présente les altérations.

G. Si l'on connaissait bien toute l'étendue du rapport qui unit l'enfant à sa nourrice, il ne serait pas difficile de déterminer l'influence exercée par la constitution et les diverses maladies de ces femmes sur la santé des enfants à la mamelle. Malheureusement, nos connaissances à ce sujet sont fort restreintes, et nous ne possédons guère encore que des inductions que l'expérience n'a

(1) Nous avions raison de dire (p. 412, *Des accidents de la dentition*) : « Des faits nombreux démontrent, établissent de la manière la plus positive l'influence de l'évolution dentaire sur les maladies du tube digestif. Il y a des enfants qui éprouvent constamment de la diarrhée à l'époque de sortie de chacune de leurs dents. Le rapport entre ces deux phénomènes repose donc sur une base inébranlable. »

ıctionnées. Ainsi, les maladies les plus graves des nourrices ne sont pas, ; on le croit généralement, celles qui ont la plus fâcheuse influence sur é du nourrisson ; les femmes phthisiques, ou atteintes de maladies ai- peuvent continuer l'allaitement sans qu'il en résulte un trouble imméans la santé de l'enfant. Au contraire, il y a des nourrices ou des mères a constitution est tellement nerveuse, que l'ébranlement général occa- par le retour prématuré des époques, par les impressions morales de espèce, par le tourment qu'elles se donnent pour remplir dignement evoir de nourrice, détermine chez elles une perturbation violente et ıde de l'économie. C'est dans ces cas que l'on voit apparaître chez les s les accidents les plus graves, les convulsions ou la diarrhée. Tous ceux s confrères qui ont eu l'occasion de suivre les maladies des enfants doivoir vu, comme moi, des femmes regretter avec amertume la disposiıcheuse qui les privait du plaisir d'élever elles-mêmes leurs enfants. ıvaient été victimes de leur courage; elles avaient appris par des pertes ıreuses combien peuvent devenir funestes à l'enfant les impressions es éprouvées par sa mère.

peut très souvent constater l'étendue de cette influence. Je me rapıvoir donné des soins à une jeune dame, éminemment impressionnable, ait nourri son premier enfant et qui l'avait vu mourir à six mois au mies convulsions. Elle voulut nourrir le second; mais l'appréhension, la des accidents qui pouvaient survenir, lui enlevèrent tout son repos. ait dans un état d'agitation nerveuse incroyable, fort souffrante, sans ıter d'affection organique. Son lait était riche et n'offrait aucune altéraarticulière. Malgré les plus sages précautions, l'enfant fut au dixième ris par une diarrhée que rien ne put modérer. Il dépérissait; on le ea de nourrice et en quelques jours tous les accidents disparurent. its de ce genre sont plus fréquents qu'on ne pense; ils ne sont si rares ırce qu'ils passent souvent inaperçus.

ıfluence des maladies ou des impressions morales éprouvées par la mère santé des enfants est donc incontestable (1). C'est à elle seule qu'il ouvent avoir recours, comme dans le fait que je viens de rapporter, se rendre compte du développement de la maladie qui nous occupe, et toute probabilité c'est le lait qui se trouve être l'intermédiaire de cette nce.

elques médecins, et avec eux M. le docteur Donné, accordent avec raison mmense importance aux altérations du lait que le microscope a fait con-. Ces altérations que j'ai déjà indiquées, dans l'ouvrage dont je parle, et squelles je vais revenir très rapidement, sont la cause la plus ordinaire pparition du trouble des voies digestives chez les enfants. Ainsi, dans

(1) Voy. E. Bouchut, *Hygiène de l'enfance, De l'influence des maladies antérieures ıelles des nourrices sur la santé des enfants.*

cette circonstance particulière, le lait est appauvri, contient peu de ces globules sont moins nombreux et encore plus inégaux que de coutume ques-uns sont liés par petites masses, au moyen d'une matière mq et l'on trouve çà et là des corpuscules assez larges, fort irréguliers du contours, rugueux à leur surface et formés par l'agglomération de plus ou moins nombreux. Ces corpuscules, désignés sous le nom de *granuleux*, se retrouvent dans le colostrum. Ils existent dans le lait de rices dont la santé est délicate ou qui sont en proie à un mouvement considérable, à la suite d'une affection aiguë locale ou générale.

On ne les rencontre pas dans le lait de celles qui ont éprouvé d impressions morales, ou qui sont dans un état continuel de malaise e blesse, à la suite de l'anéantissement moral et physique qui se d quelquefois durant la période de l'allaitement.

Je ne doute pas que cette altération du lait par des *corps granul* pour mieux dire, ce retour à l'état primitif de composition du lait, t grande influence sur le développement de la diarrhée. Il est évident c ces circonstances l'alimentation est mauvaise, et qu'elle peut, comm produire ce résultat. Mais ce qu'il est permis de révoquer en doute e dant les résultats de l'observation, c'est la nature du rapport qui exis cette altération et la maladie qui nous occupe. En d'autres termes, i demander si avec cette altération l'apparition de la diarrhée devient in

La réponse est négative, car j'ai eu l'occasion de voir plusieurs enfan sivement alimentés par un lait de cette nature et qui n'ont pas eu rhée.

J'ajouterai que chez les femmes dont la disposition nerveuse est tell a été indiquée précédemment, il n'existe aucune altération microscop lait qui puisse rendre compte du développement de la diarrhée ch enfants.

La présence des corps granuleux dans le lait des nourrices délicates lades peut donc, dans quelques circonstances, être la cause des fl trailles chez les enfants ; mais cette altération ne rend pas compte de exemples de diarrhée que l'on observe et qu'il faut rapporter aux troul venus dans la santé des mères, que ce soit une affection aiguë bien déf ou une affection morale profonde.

Mais si des altérations du lait appréciables au microscope ne rend toujours compte du flux intestinal des jeunes enfants, il n'en est pas d des modifications de composition de ce liquide. On les trouve, en eff la plupart des cas, pour rendre compte de la production des accide lait très riche et *très abondant*, ou *séreux*, appauvri, devient rapideme geste ou irritant pour l'estomac des jeunes enfants. Il en résulte des v ments, de l'acidité des premières voies, des selles vertes, de la *lienté teuse*, etc.

Nous mentionnerons enfin la diarrhée des fièvres éruptives, et surto

ole et de la variole, que l'on a aussi appelée *diarrhée critique*. C'est une ion catarrhale et spasmodique, indépendante des altérations organiques intestin. Elle appartient à la variété dont nous allons parler, plutôt qu'à arrhée inflammatoire de l'entérite.

Symptômes.

es symptômes qui révèlent l'existence de la diarrhée catarrhale ou spas- lique sont nombreux. Il ne faut pas les confondre avec ceux des maladies l'accompagnent. Nous tâcherons d'éviter toute confusion à cet égard. Ainsi, moment de l'évolution dentaire, lorsqu'il y a diarrhée coïncidente, la cha-, la rougeur, la tuméfaction de la membrane muqueuse buccale, dépen- t plutôt des phénomènes dentaires que de l'irritation d'entrailles. Il en est même pour un assez grand nombre de maladies, les cachexies par exemple, s lesquelles la diarrhée catarrhale doit être regardée comme compli- on.

n constate chez les enfants au berceau qui sont à la veille d'avoir la diar- quelques symptômes non équivoques d'agitation ; ces symptômes sont nairement plus marqués pendant la nuit. Le sommeil est fort léger, fré- mment interrompu par des cris. L'enfant agite ses membres en fléchissant nisses sur le ventre et en se tordant sur sa couche ; et au même moment ésente une contraction spasmodique des traits, signe qui a encore une de valeur malgré l'exagération dont il a été l'objet.

endant le jour, l'enfant est ordinairement moins maussade et se laisse iver ; il se rend volontiers aux distractions dont on l'entoure. De temps à e, il paraît souffrir ; sa physionomie, tout à coup altérée, exprime l'an- e d'une douleur passagère, et ses membres s'agitent avec une violence coutumée. On l'entend proférer des cris bientôt interrompus, auxquels èdent le calme ou les ébats de la joie de cet âge.

n'a point de fièvre. Il tette toujours bien, mais avec moins d'avidité ; il errompt, avale moins facilement, et retient mal le lait dans sa bouche. Il rgite souvent, rejette des fragments de caséum et ne vomit pas de ma- s étrangères.

n peu plus tard, ces phénomènes, s'ils n'ont pas été combattus à l'aide de s convenables, augmentent d'intensité. L'agitation musculaire et l'agace- t nerveux sont plus violents ; on observe de véritables vomissements et ommencement de diarrhée. Les vomissements n'ont plus le caractère des rgitations, qui avaient lieu sans effort aussitôt que l'enfant avait cessé de . Ils s'effectuent à la suite de secousses assez violentes. Les matières ren- s sont formées de lait caillé, quelquefois mêlé à un liquide verdâtre, bi- x.

es selles deviennent plus fréquentes, plus abondantes, plus molles et plus les. Il s'en exhale une odeur fade ou infecte et quelquefois aigrelette qui

indique leur acescence. Leur acidité est quelquefois si forte qu'elles irritent violemment la peau et qu'elles peuvent brûler le linge. J'ai vu une fois un enfant de vingt mois, ayant douze dents, qui arrivait de nourrice en très mauvais état, avec une diarrhée chronique. Il avait un érythème ulcéré des fesses et des cuisses, et ses matières noirâtres infectes brûlaient le linge, à ce point qu'une couche neuve souillée revenait de la lessive conservant de l'odeur et la trace des souillures, puis à une deuxième lessive revenait en charpie avec des trous aux endroits maculés. C'est là un fait rare dont je n'ai jamais retrouvé d'exemple. Bientôt les matières perdent leur homogénéité et changent de couleur. Du jaune foncé elles passent à une nuance plus claire, comparable à celle du jaune d'œuf. Cette nuance est à son tour modifiée par la présence de grumeaux verdâtres qui donnent aux matières excrémentitielles l'apparence d'herbes cuites. Enfin, la couleur jaune disparaît entièrement ; elle se trouve remplacée par une coloration vert foncé due à la réaction des acides du canal alimentaire sur la matière colorante de la bile mélangée aux fèces. On trouve souvent dans ces matières des glaires semblables à de l'albumine crue, des grumeaux blanchâtres de caséum non digéré dont l'assimilation a été empêchée par la précipitation du mouvement péristaltique des intestins, des morceaux de pain, des fragments de légumes ou de viande, si les enfants ont été nourris de ces aliments. Leur présence dans les garderobes constitue la *lientérie des enfants*, symptôme de mauvais augure qui peut faire croire au début d'une phlegmasie intestinale.

Dans quelques cas, enfin, les matières sont rendues jaunes, et elles verdissent à l'air. Cette métamorphose dont on s'effraye beaucoup n'a rien de fâcheux, et s'explique par la réaction des acides de l'urine sur la matière colorante de la bile qui passe du jaune au vert sous cette influence.

En résumé, la coloration jaunâtre des matières rendues indique qu'elles sont *bien liées* et *homogènes*, circonstance toute favorable au pronostic. La couleur verdâtre *panachée* de *blanc*, ou de *matières glaireuses incolores*, au contraire, indique le mélange de diverses matières, c'est-à-dire leur *hétérogénéité*, ce qui n'a lieu que dans les cas d'irritation intestinale près de se transformer en phlegmasie aiguë. Comme on le voit, la fréquence et la nature des selles constituent l'un des principaux caractères qui puissent faire connaître la véritable nature de la diarrhée des jeunes enfants. Quant aux matières qui verdissent à l'air, le phénomène n'a rien d'inquiétant, et je viens de donner sa véritable explication.

Avec le flux intestinal existent d'autres symptômes qui se rattachent à la fois à la réaction générale de l'organisme malade et à la faiblesse occasionnée par l'abondante quantité des évacuations.

Au début des accidents, la figure pâlit un peu, prend quelquefois une teinte plombée : les yeux s'excavent légèrement, les joues se creusent et perdent leur éclat. L'embonpoint général diminue, les chairs perdent leur élasticité ; elles ne sont plus aussi fermes. Leur mollesse est en rapport avec le nombre des

et la quantité des matières rendues. Cet état est très prononcé lorsque jections alvines sont considérables.

bouche est un peu chaude, elle exhale souvent une odeur acide. La reuse est rouge et gonflée ; si la diarrhée se rattache à l'évolution den- la déglutition n'est point troublée. L'enfant tette avec moins de plaisir, ndonne souvent le sein pour le saisir de nouveau. L'appétit ne paraît pas roublé : cependant il faut, à cet égard, prendre de grandes précautions pas satisfaire les désirs de l'enfant, si l'on ne veut aggraver les troubles bies digestives. La langue reste blanche et humide ; elle n'est jamais verte d'un enduit épais ; et l'on n'y voit pas à la surface la foule de points s qui lui donnent un aspect gaufré, comme dans la diarrhée inflamma- le muguet est une complication rare dans cette variété de diarrhée.

ventre est rarement tendu ou tympanisé, il n'est presque jamais doulou- La peau de l'abdomen est un peu molle, mais ne présente pas de taches. s et les parties génitales ne sont point rouges, nullement excoriés, et ne remarque pas sur les cuisses l'érythème qui se lie à la diarrhée matoire.

e ventre n'est pas douloureux à la pression, il faut croire cependant est le siége de douleurs sourdes, sur la nature desquelles l'âge ne permet 'avoir des renseignements, et que révèlent les *tortillements* du bassin, ouvements inaccoutumés de flexion des cuisses : c'est ce que l'on est nu d'appeler des coliques. Elles se manifestent au milieu des cris de nt ; elles semblent intermittentes et cessent après une déjection abon-

fièvre accompagne rarement la diarrhée spasmodique ; elle n'est jamais nue, et quand elle se montre, c'est par accès, survenant aussi bien le que la nuit, sans époques régulières de retour ; elle ne dure pas plus à deux heures ; son existence est caractérisée par une augmentation le de chaleur cutanée, sans refroidissement préalable, sans sueur consé- , et par une accélération constante de la circulation. Le pouls s'élève et 130 par minute. Il y a au même moment une sorte de calme et de lence qui pourrait en imposer, si l'habitude d'observer les enfants n'eût tré que ce calme trompeur n'était autre chose que l'accablement qui du mouvement fébrile.

st enfin une dernière série de symptômes sur lesquels il est inutile de er : ce sont ceux qui sont déterminés par les affections étrangères aux es des voies digestives. Ainsi on voit des enfants affectés de diarrhée qui gnent sans cesse et portent continuellement leurs doigts à leur bouche ; t au moment de la dentition, et les gencives sont rouges et fort tumé- Il est évident que ces symptômes se rapportent moins à la diarrhée stomatite par irritation dentaire. On pourrait en dire autant des con- ns qui se rattachent à l'évolution dentaire et qui se manifestent en même que la diarrhée.

Symptômes dans la seconde enfance. — La diarrhée catarrhale est coup plus rare dans la seconde enfance que dans la première, elle se man par des alternatives de constipation et de diarrhée, ou par une diarrhé abondante, presque continuelle. Il y a une selle par jour, mais elle est liq Les enfants ont le visage pâle, quelquefois jaunâtre, ils sont toujours m maigres, le ventre aplati rempli de gaz mobiles, c'est-à-dire de borborym et donnant lieu à des vents inodores ou infects, et ils ont peu de force. quelques cas, chez les jeunes enfants le ventre est ballonné, tendu de fa faire croire à une maladie des ganglions mésentériques comme sous la de carreau. Leur appétit est irrégulier, capricieux, la langue un peu blan l'haleine mauvaise, et ils n'ont pas de fièvre.

Marche, durée.

Jamais les accidents de la diarrhée catarrhale ou spasmodique ne se tent sous une forme tellement inquiétante et tellement rapide, qu'on en en saisir les nuances et les représenter dans leur marche. L'exposition symptômes a été faite de manière à retracer fidèlement le début de la mal et les caractères qu'elle offre après avoir acquis son plus haut degré d'inten Elle se dissipe en quelques jours, dont le nombre varie entre trois et d douze. Les vomissements cessent; les selles sont moins copieuses, moins quentes; les matières, de vertes qu'elles étaient, redeviennent jaunes et lo gènes; elles reprennent leur consistance accoutumée. Alors, plus de coli plus d'agitation nocturne, plus de fièvre ni d'accablement fébrile: l'en tette avec avidité; la coloration du visage devient plus éclatante, l'embon reparaît, les chairs se raffermissent, tout annonce le retour à la santé.

La diarrhée spasmodique ne se termine pas toujours d'une manière a favorable. La mort, comme nous avons eu l'occasion de l'observer plus fois, et comme en témoignent les observations de M. Legendre, de MM. let et Barthez, peut en être le résultat.

Une autre conséquence très fâcheuse et plus fréquente de cette mal c'est l'établissement d'une phlegmasie intestinale. Si les phénomènes de ritation nerveuse et du flux de l'intestin se prolongent trop longtem muqueuse intestinale s'altère et présente les caractères anatomiques de l rite. Cette circonstance s'observe surtout dans la diarrhée qui accompa dentition. Cela se conçoit à merveille. L'excitation qui détermine la diar sans modifier encore la texture de l'intestin, ne cessant d'agir, devient, p continuité d'action, une cause de fluxion inflammatoire, au même titre l'épiphora détermine l'excoriation des joues, et l'otorrhée l'ulcération oreilles.

Ainsi ne perdons pas de vue cette proposition importante: la diarrhée modique ou catarrhale qui se prolonge trop longtemps peut se convert diarrhée inflammatoire, c'est-à-dire en phlegmasie gastro-intestinale. O terminaison est aussi de nature à causer la mort.

Pronostic.

La diarrhée spasmodique et catarrhale est toujours une affection sérieuse. uoiqu'elle ne soit en aucune façon sous la dépendance des altérations orga- ques de l'intestin, elle indique une susceptibilité de la muqueuse qui peut venir l'occasion de la phlegmasie gastro-intestinale. Le pronostic porté d'une anière absolue doit donc être formulé avec une réserve capable d'indiquer gravité de la maladie. Il doit être modifié par la nature des causes qui ont terminé les accidents. Ainsi la diarrhée qui accompagne l'évolution dentaire , toutes choses égales d'ailleurs, plus dangereuse que celle qui est la consé- ence de l'ingestion d'aliments trop substantiels pour l'âge de l'enfant. L'une t d'une manière continue et produit très souvent l'altération anatomique l'intestin ; l'autre exerce une action trop passagère pour produire ce résul- C'est à cette différence d'action qu'il faut rapporter la différence dans pression symptomatique de la maladie. Il en faut tenir compte si l'on veut ement utiliser les ressources de la thérapeutique.

Traitement.

n ne saurait apporter trop de sagesse et de prudence dans le traitement de iarrhée catarrhale spasmodique des enfants au berceau, c'est-à-dire dans aitement de cette variété de diarrhée qui n'est point sous la dépendance altérations de l'intestin. Le médecin devra tenir compte de la nature pre- e des accidents, afin de ne pas employer contre eux des moyens actifs qui ourraient qu'être préjudiciables au malade, et qui seraient peut-être eptibles, d'après leur composition, de déterminer une phlegmasie gastro- tinale.

doit s'enquérir du mode d'alimentation de l'enfant ; savoir si l'allaitement au moyen d'une nourrice, au moyen du biberon ou avec la timbale. le premier cas, la nourrice doit être le sujet d'une observation attentive au physique qu'au moral ; son lait doit être examiné et analysé dans le e reconnaître ses qualités nutritives (1). Il faut enfin faire la part des cir- ances hygiéniques qui environnent l'enfant, connaître sa susceptibilité ide, et déterminer avec soin la marche des accidents.

lui qui procède ainsi peut, en modifiant à sa volonté l'hygiène et l'ali- ation du sujet, triompher des accidents qu'il serait inutile d'attaquer par ents de la matière médicale. Il assure son succès par sa prudence. La laxie est, entre toutes, la ressource la plus importante de notre art.

peut tolérer sans crainte l'existence de la diarrhée pendant deux ou trois ar souvent elle disparait sans laisser de traces. Ce résultat est familier

(1) Voy. E. Bouchut, *Hygiène de la première enfance*, article ALLAITEMENT : *Du lait de la nourrice*.

aux confrères qui ont étudié les maladies des enfants ; j'ai pu le vérifier sur les malades de la ville confiés à mes soins et sur ceux que j'ai observés à l'hôpital Necker et à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Si la diarrhée persiste au delà de ce temps, il convient d'intervenir, avec modération toutefois, dans le double but de modifier les sécrétions de l'intestin et de combattre l'excitation nerveuse de ses tuniques musculaires.

Il faut, d'après les circonstances qui environnent l'enfant, modifier son hygiène, son alimentation, changer sa nourrice peut-être, ce que l'on peut faire sans inconvénient, ainsi que j'en ai rapporté plus haut un exemple.

Il faut le placer au milieu d'une température fort douce, l'abriter contre le froid et l'humidité et le tenir avec la plus excessive propreté. On doit, à chaque évacuation, le laver avec une éponge imbibée d'eau tiède et changer son linge, afin que le contact des déjections ne puisse irriter et faire rougir la peau.

Puis on saupoudre les cuisses et les fesses avec de la poudre à la maréchale, ou de la poudre de lycopode, parfumée avec les huiles essentielles de girofle, de benjoin, etc.

Quoique moins agréable que la première, la poudre de lycopode lui est infiniment supérieure, en ce sens qu'elle remplit parfaitement le but pour lequel on l'emploie. L'eau glisse sur la peau qui en est recouverte, comme elle ferait sur une toile gommée.

L'enfant doit être mis à l'usage exclusif du lait de sa nourrice, à qui l'on peut enjoindre de donner moins souvent à teter. La diète ne doit pas aller au delà. On peut suppléer, dans ce cas, à cette demi-privation en conseillant de faire usage d'une légère décoction de fécule, de gruau, de semences de coing, de riz aromatisé avec la fleur d'oranger, ou en donnant une petite quantité de poudre de gomme dans du lait.

Il faut maintenir sur le ventre de petits cataplasmes simples ou arrosés avec quelques gouttes de laudanum, et donner des lavements avec 100 grammes au plus de décoction de graine de lin, de son, de semences de coing ou d'amidon. Je préfère les lavements moins considérables, et composés avec 40 grammes ou 3 cuillerées de liquide environ, décoction d'amidon ou autre, et renfermant 1 ou 2 gouttes de laudanum. Ces lavements peuvent être répétés deux fois par jour. J'ai souvent fait prendre avec succès, dans les diarrhées rebelles à ces premiers moyens, des lavements de 100 grammes de mucilage de gomme adragante avec 5 à 10 grammes de borax. En vingt-quatre heures j'ai vu s'arrêter des diarrhées datant de plusieurs semaines et contre lesquelles beaucoup d'autres médicaments avaient échoué. Ces lavements me paraissent être infiniment utiles dans les diarrhées de la dentition. On peut aussi employer l'*eau de chaux* à la dose de 10 à 20 gouttes trois ou quatre fois par jour dans une tasse de lait coupé, et la *potion antispasmodique* suivante, dont les résultats sont fort avantageux :

℞	Eau de laitue.....	40 grammes.
	Sirop diacode.....	10 —
	Teinture de musc.....	2 à 4 gouttes.

Par cuillerees à café toutes les trois heures.

Hufeland remplissait une indication semblable en donnant la poudre dont voici la formule :

℞	Magnésie décarbonatée..	ea parties égales.
	Yeux d'écrevisse	
	Corne de cerf râpée.....	
	Gui	
	Racine de valériane.....	

Pour faire une poudre, et donner une ou deux fois par jour à prendre sur la pointe d'un couteau.

J'ai eu souvent recours et avec succès à la potion suivante :

℞	Eau de laitue.....	100 grammes.
	Eau de fleur d'oranger.....	5 —
	Sirop diacode...	10 —
	Sous-nitrate de bismuth....	5 à 10 et 15 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café.

De ces préparations l'eau de chaux et le sous-nitrate de bismuth sont les plus utiles et correspondent à des indications précises.

Si les matières sont vertes, l'eau de chaux neutralise l'acidité des sues de l'intestin, et si elles sont jaunes, c'est le sous-nitrate de bismuth qu'il faut employer. — Dans quelques cas on emploie simultanément les deux substances.

Le sous-nitrate de bismuth a également été donné par le rectum, en lavement, et MM. Lassègue et Trousseau l'ont employé sous cette forme avec succès :

Mélange de gomme adragante.	60 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	15 —

Pour un lavement.

Dans quelques circonstances, et surtout lorsque l'haleine est acide, que les selles sont très vertes et que les moyens précédents sont demeurés sans efficacité, il faut employer une médication plus active et légèrement perturbatrice. Il faut donner 30 grammes de sirop d'ipécacuanha, à jeun, ou mieux la poudre d'ipécacuanha à la dose de 25 ou 50 centigrammes, mêlée à 30 grammes de sirop simple.

En cas de *lientérie*, le sous-nitrate de bismuth, à la dose indiquée plus haut, réussit très bien. C'est alors aussi qu'on pourrait employer la *pepsine neutre* de L. Corvisart, pour opérer la digestion artificielle des aliments mis dans l'intestin et sur lesquels le suc gastrique n'a qu'une action incomplète, puisqu'ils sont rendus tels qu'ils ont été ingérés. Ce médicament ne réussit pas toujours;

je l'ai vu échouer plusieurs fois chez quelques-uns de mes malades, mais chez d'autres, il m'a donné d'excellents résultats. Ainsi, après avoir employé les remèdes ordinaires et bien connus, dont je viens de parler, si la *lienterie* persiste, il pourra être utile de recourir à la *pepsine neutre*.

On a aussi donné, dans ce cas, la viande crue, bien dégraissée et raclée en bouillie fine à la dose de deux cuillerées par jour avec ou sans sucre, sur une tartine de pain beurrée ou ajoutée à de la soupe préparée avec des féculents torréfiés. Cela réussit quelquefois dans les diarrhées rebelles de la première enfance avec état cachectique.

Voici, d'après M. Andrieu, comment procède le docteur Weisse (de Moscou), auquel on doit cette méthode.

Préparation. — On peut employer le maigre de bœuf, de mouton, de volaille ; mais le premier est de beaucoup préférable. Après avoir coupé la chair en très petits morceaux, on la pile, et on la réduit en une pulpe épaisse. Celle-ci, placée sur un de ces tamis de fer-blanc à trous très étroits dont on se sert pour faire des purées de volailles, de légumes, etc., est remuée et pressée avec un pilon jusqu'à ce que la portion rouge et charnue ait complétement traversé les trous, tandis que le tissu cellulaire et les vaisseaux restent sur le tamis. Alors on ramasse cette bouillie rouge et on la mélange à divers ingrédients.

Il est des personnes qui n'ont pas la patience de préparer la viande avec tout ce soin ; et lorsque le malade va déjà un peu mieux, il peut suffire de la hacher en morceaux très menus. Mais si la vie de l'enfant est en danger, il ne faut pas hésiter à faire passer la pulpe au tamis.

Ce régime répugne souvent aux mères de famille, aux nourrices ; mais il faut insister, et à l'aide de petits artifices on finit par le faire accepter.

On mélange la pulpe à des confitures de groseilles, à du sucre, et on en fait de petites boulettes qu'on leur donne à avaler. Ainsi préparé, cet aliment n'a plus le goût de la chair crue, et il est impossible d'en reconnaître la nature. Lorsque la maladie a cédé, on peut confectionner de petites quenelles salées, à forme allongée, qu'on administre dans un potage.

Si les enfants refusent encore, malgré ces précautions, on mélange la pulpe à du chocolat à l'eau et on obtient un nouveau mets, dont le goût sera peut-être plus facilement supporté.

Chez les adultes et surtout chez les femmes du monde, le médecin qui prescrit ce régime est exposé à rencontrer des résistances qu'il doit vaincre en dissimulant le côté répugnant de la médication ; il peut alors donner une apparence de cuisson à la viande qu'il administre.

Il suffit de présenter une tranche de bœuf un peu épaisse à un feu très vif, et de la soumettre à l'action de ce feu pendant un quart d'heure. On en fait ainsi griller les surfaces ; mais le centre reste cru, et peut être traité comme il a été dit plus haut. M. Trousseau a fait préparer, pour les organisations délicates et impressionnables, une pulpe de viande que le pharmacien com-

bine avec un peu de conserves de roses, et qui, grâce à cette association, est prise sans défiance et même avec plaisir sous le nom de *conserves de Damas*.

La quantité de viande crue ainsi donnée aux enfants ne doit pas être considérable dès le début, parce qu'ils peuvent s'en dégoûter ou bien avoir des indigestions. La dose donnée le premier jour est de 10 grammes en quatre fois, le lendemain de 20 grammes, le surlendemain de 30 grammes, et ainsi de suite; on peut aller jusqu'à 400 grammes (1). A l'aide de cette médication, les enfants reprennent bien vite, et quand la diarrhée a disparu, on diminue progressivement la quantité de cet aliment, pour commencer l'usage des petits potages, des œufs à la coque à peine cuits, de manière à réduire la ration à 120 et 100 grammes.

Régime accessoire. — Il importe, dès le début, de supprimer, comme dans le régime lacté, toute alimentation accessoire et de se contenter de donner des boissons nutritives; de l'eau avec des blancs d'œuf, édulcorée avec le sucre ordinaire ou le sirop de gomme. Cette eau, outre qu'elle est prise sans déplaisir, parce qu'elle n'a pas de goût, est curative lorsqu'il y a irritation de la muqueuse.

Résultats. — Si l'on regarde les garderobes le premier jour, il est ordinaire de retrouver la viande telle qu'elle a été ingérée, et les matières fécales se composent de fibrine décolorée, d'un peu de tissu cellulaire (résidu de la pulpe), et de mucus. Il faut continuer malgré cela, et bientôt on remarque une légère augmentation des forces; l'enfant reprend sa gaieté, il joue avec plaisir, et revient tout à fait à la santé (2).

Dans un grand nombre de succès guéris par la viande crue, on a observé des affections vermineuses, et particulièrement le ténia, très rare d'ailleurs à Saint-Pétersbourg. Un médecin, le docteur Braun, a été appelé à donner son opinion, et deux ans plus tard, une autorité très recommandable, le professeur von Siebold (de Munich), a émis les mêmes idées (3). « Nous ne devons plus être surpris du fait, et nous devons ajouter toute confiance aux médecins qui viennent déclarer que l'on a trouvé, chez beaucoup de sujets soumis à la diète de la viande crue, des ténias. » Herr von Siebold fait remarquer que, dans tous les cas, on a trouvé le *tænia solium*, et il croit que, selon toute probabilité, ce ver, qui n'est pas indigène de Saint-Pétersbourg, a dû être apporté par les bestiaux qui sont amenés de Tocherkask et Podolia.

Le docteur Veisse raconte avoir une fois reçu un ténia de plus de quatre

(1) Pour doser la quantité de viande à donner chaque jour, il est un petit moyen pratique que conseille ce professeur: il suffit d'une petite balance et de pièces de monnaie courante, dont le poids connu est de 25 grammes pour la pièce de cinq francs. On peut aller jusqu'à huit ou dix pièces et même seize, soit 400 grammes.

(2) Avec l'emploi de la viande crue, les selles deviennent d'une fétidité horrible pour les mères et les nourrices; mais quel mince inconvénient lorsqu'il s'agit de la vie d'un enfant!

(3) *Ueber die Band- und Blasenwürmer*. Leipsick, 1854.

pieds de long qui lui fut envoyé par un confrère à qui il avait chaudement recommandé la viande, dans un cas de diarrhée chez un enfant de dix-huit mois. Le ténia fut expulsé après l'emploi de l'huile éthérée de fougère mâle. On administra ce remède parce que l'enfant ayant été guéri de la diarrhée par l'emploi de la viande crue, avait rendu plusieurs fois des parties de ténia.

Il faut savoir enfin que dans l'hôpital des Enfants, confié à ses soins, le docteur Velsse a souvent essayé, mais sans aucun succès, de la viande crue dans les diarrhée d'enfants plus âgés, qui sont malades sans que la dentition soit pour rien dans leur affection. Le plus souvent cette diarrhée reconnaît pour cause des ulcérations du canal intestinal (1).

On se trouve également bien d'administrer la glycérine à la dose de 40 à 80 grammes par cuillerées; le phosphate de chaux à la dose de 1 à 4 grammes, dans du sirop; la magnésie calcinée à la dose de 25 à 50 centigrammes, ou d'employer le mélange suivant, dont la formule se trouve dans Hufeland :

℞ Poudre d'yeux d'écrevisse... ..	0 gr. 50	
Essence de fenouil.....	30	grammes.
Sirop de rhubarbe.....	30	—

Remuez et donnez une cuillerée à café toutes les heures.

Dans quelques cas, lorsque la diarrhée succède à la constipation, il faut employer de légers purgatifs, tels que :

Sirop de violettes.....	30 grammes.
Huile d'amandes douces.....	20 à 30 grammes.

Ou bien, le sirop de chicorée composé, qui se donne à la dose de 30 ou 40 grammes; le calomel à celle de 5 centigrammes, etc.

Il est rare que l'on ait occasion d'épuiser tous ces moyens, ni qu'on soit obligé de recourir à l'emploi de la ratanhia, de la monésia, du tannin et des autres astringents, dont je parlerai à propos de la diarrhée inflammatoire. Le simple changement de régime suffit pour calmer la plupart des diarrhées spasmodiques et catarrhales. Elles ne résistent que lorsqu'un élément nouveau est venu compliquer l'irritation d'entrailles et que la maladie s'est changée en une véritable entéro-colite. Cette affection se présente alors avec des symptômes tout différents et réclame l'emploi de moyens nouveaux, dont l'exposé prendra naturellement place à la fin du chapitre suivant et qui a pour sujet la diarrhée inflammatoire.

Aphorismes.

243. La diarrhée, très commune chez les enfants à la mamelle, est souvent indépendante des inflammations et autres lésions matérielles de l'intestin.

(1) *Journal für Kinderkrankheiten*, janvier et février 1858 (*Quarterly Dublin Review*).

244. La diarrhée est un flux qui résulte souvent du froid, des impressions morales de l'enfant, de sa mauvaise hygiène, de l'entassement, de la malpropreté et des impressions morales de la nourrice, etc.

245. La diarrhée est souvent sympathique de l'irritation buccale causée par l'évolution dentaire.

246. La diarrhée s'observe souvent chez les enfants nourris au biberon.

247. Un lait trop abondant ou trop rare produit toujours la diarrhée.

248. La diarrhée jaunâtre homogène a généralement peu d'importance.

249. La diarrhée jaunâtre verdissant à l'air sous l'influence de la réaction des urines n'a rien de grave.

250. La diarrhée jaune verdâtre, ou panachée de grumeaux de caséum, indique une irritation considérable de l'intestin.

251. La diarrhée séreuse abondante est toujours un phénomène grave.

252. La diarrhée sanguinolente et l'hémorrhagie intestinale sont fort graves.

253. La diarrhée lente, progressive, peu considérable et apyrétique n'a rien de grave.

254. Une diarrhée fébrile qui se prolonge annonce l'entéro-colite.

255. La diarrhée cholériforme annonce une entéro-colite aiguë excessivement grave.

256. La diarrhée catarrhale, spasmodique, guérit ordinairement très vite.

257. La diarrhée chronique amène le gros ventre chez les enfants.

258. Une diarrhée catarrhale qui se prolonge engendre toujours l'inflammation des intestins.

259. C'est un préjugé que celui qui consiste à entretenir la diarrhée de la dentition.

260. Toute diarrhée un peu considérable doit être aussitôt combattue par les médicaments susceptibles de la guérir.

261. Il suffit souvent de changer de nourrice ou de régler les heures de l'allaitement, en les éloignant les unes des autres, pour guérir la diarrhée.

262. On peut changer plusieurs fois de nourrice jusqu'à ce qu'on ait trouvé celle qui convient aux besoins de l'enfant.

263. Les enfants à qui l'on donne prématurément des aliments solides et qui ont de la diarrhée guérissent aussitôt qu'on les nourrit de lait.

264. La diarrhée catarrhale guérit par les bains, les astringents intérieurs, le sous-nitrate de bismuth et les opiacés.

§ II. — Diarrhée inflammatoire ou entéro-colite.

La diarrhée inflammatoire se rattache de la manière la plus immédiate aux altérations anatomiques de la muqueuse, de l'intestin grêle et du gros intestin. Pour ce motif, nous la décrirons sous le nom d'*entéro-colite*, afin qu'il ne reste aucun doute sur le siége précis de la maladie.

L'entéro-colite est une des plus redoutables affections des enfants à la mamelle ; c'est la plus commune de toutes celles que l'on observe à cet âge. Elle se présente avec un caractère d'unité remarquable, qui se perd à la fin de la seconde année. Alors elle devient de plus en plus rare, et sa forme change mesure que l'on s'éloigne de l'époque du sevrage. Plus tard c'est tout simplement de l'entérite.

L'entéro-colite est donc une affection qui est presque spéciale aux enfants du premier âge. Les désordres principaux de cette maladie ont leur siége dans le gros intestin et, par extension, dans la fin de l'intestin grêle, disposition inverse de celle qu'on observe dans la fièvre typhoïde, où, comme on le sait, les altérations sont placées dans l'iléon avec une jetée dans le gros intestin. L'antithèse est complète. Notre exposé d'anatomie pathologique va justifier cette assertion.

Anatomie pathologique.

Gros intestin. — Chez les enfants dont j'ai recueilli l'histoire, complétée d'ailleurs par l'inspection cadavérique, j'ai pu constater l'altération constante du gros intestin, étendue de l'une à l'autre de ses extrémités. Cette altération est, dans le plus grand nombre de cas, bornée à la muqueuse, ailleurs étendue au tissu cellulaire sous-muqueux et, sur un petit nombre de malades, à toutes les tuniques du gros intestin.

Cet organe est ordinairement contracté, rétréci, par suite du spasme de la tunique musculaire. La muqueuse forme dans son intérieur un grand nombre de plis, dont le sommet, constamment irrité par le passage des matières excrémentitielles, présente souvent des traces d'inflammation. Cette membrane offre une couleur qui varie du rose pâle à un incarnat fort éclatant. La coloration est due à la présence d'un réseau capillaire fort riche qui affecte deux dispositions fort remarquables. Dans un cas, il couvre toute la surface de la muqueuse ; les rameaux, entrecroisés à l'infini, sont interrompus çà et là par de petits corps blanchâtres, saillants, déprimés au centre, qui forment des taches plus ou moins apparentes, suivant les sujets. Ce sont les cryptes muqueux de l'intestin hypertrophiés, dont l'intérieur est rempli par une petite quantité de mucus grisâtre que la pression fait sortir. Dans l'autre cas, la rougeur existe au sommet des plis dont j'ai parlé. Elle se présente sous la forme de linéaments rouges, irrégulièrement disposés, comme les plis, dans le sens de la longueur du côlon, ou plus obliquement, de manière à se couper et à former des losanges et des parallélogrammes inégaux.

En ces endroits, l'érosion ne tarde pas à se faire, le tissu disparaît et l'ulcération s'établit, également bizarre dans sa forme, sinueuse comme les plis qu'elle surmonte.

Ces ulcérations sont ordinairement fort étroites, peu profondes, faciles à méconnaître. Leurs bords sont un peu rouges, nullement tuméfiés, et le fond

conserve son harmonie de couleur avec la coloration voisine. Il faut alors examiner de fort près, à contre-jour, pour s'assurer de leur existence.

D'autres ulcérations existent dans les intervalles des plis de la muqueuse. Celles-ci sont de même difficiles à apercevoir, et contrastent avec les surfaces environnantes par leur bord légèrement enflammé. Elles sont fort petites, très superficielles, à peu près circulaires. Elles sont placées au niveau des cryptes mucipares et semblent formées à leurs dépens. Si la maladie date d'une époque éloignée, un grand nombre d'entre elles a déjà eu le temps de se cicatriser, et l'on aperçoit seulement une petite dépression à la surface de la muqueuse, sans qu'aucun changement de couleur ait persisté.

L'épaississement de la muqueuse est fort difficile à constater s'il n'est considérable. Chez les enfants qui succombent rapidement, sans avoir beaucoup perdu de leur embonpoint, la muqueuse conserve une notable épaisseur. Elle est, au contraire, fort amincie et paraît ne plus exister chez ceux qui, étant tombés dans le marasme, meurent lentement, et réduits à un état de maigreur déplorable.

Néanmoins, et par exception, il est des sujets chez lesquels cette membrane est évidemment tuméfiée.

La densité de la muqueuse est rapidement modifiée dans l'entéro-colite. Quelquefois elle résiste aux tractions qu'on lui fait subir, mais le plus souvent il est impossible de pouvoir l'enlever par lambeaux. Elle se détache par petits fragments, tant le ramollissement est considérable. Nous avons toujours vu ces cas coïncider avec une rougeur très vive de la membrane.

Avec ces altérations, on peut toujours constater le développement anormal des cryptes mucipares de l'intestin, qui, dans l'état anatomique ordinaire, échappent facilement à l'observation et se présentent sous forme de points isolés d'une ténuité extrême. Ils paraissent alors sous forme de granulations de 2 à 3 millimètres de diamètre, peu saillantes d'ailleurs, placées dans l'épaisseur ou au-dessous de la muqueuse. Chacun de ces cryptes se trouve percé d'une petite ouverture, à travers laquelle s'exhale le mucus. Souvent cette ouverture est dilatée; les bords en sont pâles et aplatis; plus souvent la dilatation résulte de l'ulcération des tissus, comme je l'ai démontré plus haut en mentionnant les cicatrices qui restent sur la muqueuse. On reconnaît ces ulcérations à la rougeur et à la tuméfaction de leur circonférence, modifications peu sensibles, facilement appréciables pour un observateur attentif.

La couche de tissu cellulaire qui sépare les tuniques musculeuse et muqueuse participe rarement aux modifications anatomiques de l'état aigu. Sa texture est toujours modifiée dans l'entéro-colite chronique.

Les lésions qu'elle présente sont peu variées, bornées à un simple épaississement dans l'état aigu ; à une induration demi-transparente, quelquefois fort épaisse dans l'état chronique. L'épaississement de la couche sous-muqueuse développé dans l'entéro-colite aiguë ne dépasse jamais un millimètre. Le tissu est blanchâtre, légèrement endurci, offrant quelquefois une demi-transparence,

et catarrhale sont également celles de l'entéro-colite. Les mêmes influences de *mauvais régime*, d'*encombrement*, de *froid*, de *mauvais lait*, etc., amènent l'inflammation aiguë de l'intestin. Je me dispenserai donc de revenir sur la discussion soulevée à ce sujet dans le chapitre qui précède, et auquel je renvoie pour plus de détails.

Symptômes.

L'entéro-colite est une maladie insidieuse dans son début, rebelle dans sa marche et souvent funeste dans ses résultats. On la rencontre *à l'état aigu et à l'état chronique*. A l'état aigu, elle se présente exceptionnellement sous une forme très violente, qu'on désignait autrefois sous le nom de ramollissement de l'estomac, et qu'on nomme aujourd'hui *entérite cholériforme*.

Il y a des enfants prédisposés à cette affection. Ce sont ces créatures ordinairement pâles, chétives et douées de peu d'embonpoint, dont les chairs sont molles, rouges et quelquefois excoriées sur les fesses, les parties naturelles et les cuisses. Ces enfants sont placés dans des conditions hygiéniques défavorables, élevés au milieu des privations et souvent de la malpropreté ; nourris sans ménagement, avec trop d'abondance ou de parcimonie ; alimentés peut-être au biberon ou à la timbale, et, par surcroît, déjà arrivés à la période de l'évolution dentaire.

On rencontre aussi, mais plus rarement, cette maladie chez de jeunes enfants fort bien tenus, et placés dans des conditions extérieures plus avantageuses, et par conséquent différentes de celles que nous venons d'indiquer.

Au début de l'entéro-colite aiguë, les enfants semblent légèrement inquiets et agités ; leur sommeil est facilement interrompu ; ils deviennent exigeants, poussent des clameurs que rien ne justifie, agitent leurs membres en imprimant des mouvements de rotation au bassin et en fléchissant les cuisses sur le ventre. Ils continuent de teter sans y mettre la même ardeur qu'autrefois ; les régurgitations sont plus faciles ; l'enfant rejette des fragments de caséum non digérés. On constate dès lors un peu de diarrhée caractérisée par l'excrétion de selles jaunes encore homogènes. Il n'y a pas de fièvre ; la bouche est humide et rosée, sans chaleur vive. Dans quelques circonstances il existe un érythème aux fesses et aux cuisses, produit par le contact des déjections, ce qui indique pour la peau une plus grande susceptibilité que dans l'état habituel.

Ces symptômes persistent dans cet état pendant deux ou trois jours, et, il faut en convenir, ressemblent beaucoup à ceux de la diarrhée catarrhale. La similitude est telle, au début, que toute distinction est impossible à établir. Pareille difficulté existe dans le diagnostic du catarrhe et de la pneumonie lobulaire des enfants du premier âge.

De part et d'autre le temps dissipe toute incertitude. De nouveaux caractères dévoilent l'existence de la pneumonie ; des symptômes nouveaux viennent révéler celle de l'entéro-colite.

L'amaigrissement se dessine et les chairs perdent leur fermeté par suite de la disparition rapide du tissu graisseux sous-cutané. La peau se flétrit, celle du ventre surtout, qui conserve les plis qu'on imprime à sa surface. L'éclat et la fraîcheur du visage disparaissent, les joues tombent, et les yeux, battus et cernés, s'excavent quelquefois d'une manière effrayante. Ces déformations s'opèrent quelquefois en vingt-quatre heures, ce qui est du plus fâcheux augure. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, des rides nombreuses s'établissent sur la face, la sillonnent en tous sens, et déforment les traits à un tel point, qu'un enfant de quelques mois ressemble au vieillard le plus cacochyme et le plus maltraité qu'on connaisse.

L'enfant paraît triste, abattu et souffrant. Il se plaint souvent, refuse le sein que lui offre sa nourrice, ou, s'il le prend, c'est pour le quitter aussitôt. Il vomit son lait coagulé et souvent mélangé avec des matières bilieuses. La régurgitation de lait avec *efforts de vomissements* est le phénomène le plus habituel. Il se reproduit plusieurs fois par jour.

La bouche conserve assez souvent son humidité naturelle; elle ne devient sèche que dans les cas les plus graves, et l'haleine est acide. Alors la muqueuse est un peu rouge, gluante; elle est le siége d'une chaleur considérable. La langue offre une teinte rosée à la partie antérieure; elle se dessèche rarement. Sa surface est blanche, semée d'une foule de petits points rouges, ce qui lui donne un aspect gaufré.

L'état des lèvres est conforme à celui de la muqueuse. Elles sont humides dans l'état ordinaire; desséchées, fendillées même, dans l'état le plus grave de l'entéro-colite.

Les gencives présentent des modifications analogues. Elles sont quelquefois tendues et saillantes aux endroits comprimés par une dent près de sortir.

Enfin, on trouve sur la muqueuse buccale des ulcérations et souvent une production accidentelle, le muguet, dont l'existence se rattache de la manière la plus positive à l'affection qui nous occupe. Les relevés statistiques démontrent la vérité de cette coïncidence, et il est fort rare de rencontre l'une ou l'autre de ces altérations sans qu'il y ait en même temps une entéro-colite.

Le ventre est toujours gonflé, ballonné et paraît être tendu chez les enfants affectés d'entéro-colite; mais cette tension est plutôt le résultat de l'effort musculaire occasionné chez eux par l'investigation du médecin, que le résultat de la maladie elle-même. Cette tension est encore plus évidente au moment des cris. Lorsqu'on peut parvenir à distraire l'enfant et à détourner son attention, la main qui palpe le ventre y trouve une souplesse tout à fait naturelle et détermine rarement de la douleur. La peau de l'abdomen est flasque, conserve le pli fait par les doigts, surtout à une époque avancée de la maladie. Elle n'offre jamais aucune espèce d'éruption exanthématique.

La diarrhée devient considérable. Le nombre des selles s'accroît et s'élève jusqu'à dix et quinze par jour. Les matières abandonnent rapidement leur couleur jaune, et se présentent sous des aspects variés dont l'étude ne saurait

être indifférente pour la thérapeutique. Elles offrent aussi quelques propriétés chimiques difficiles à constater, qui pourront peut-être trouver leur application lorsqu'on les aura étudiées sur une grande échelle.

1° Elles sont demi-molles, homogènes, verdâtres et semblables à des herbes cuites; neutres.

2° Demi-molles, homogènes, vertes; souvent acides.

3° Demi-molles, hétérogènes, verdâtres, mélangées à des fragments jaunâtres de fèces ordinaires; neutres.

4° Demi-molles, hétérogènes, vertes, mélangées à des fragments de caséum non digéré; acides.

5° Diffluentes, verdâtres, hétérogènes, composées par une grande quantité d'eau dans laquelle flottent des grumeaux jaunes et verts, ou des grumeaux blanchâtres; acides. Cette acidité peut être excessive et à la page 508, j'ai rapporté un cas dans lequel leur action sur le linge était telle que du linge neuf était mis en charpie aux endroits maculés, au second blanchissage.

6° Diffluentes, verdâtres comme les précédentes, et mélangées à des gaz d'une odeur fade; quelquefois aigrelettes.

7° Diffluentes, complétement séreuses.

8° Les selles sanguinolentes sont fort rares à cet âge. On les observe seulement dans l'hépatite aiguë, dans l'invagination, le purpura, la compression de l'enfant dans la parturition, l'entérite aiguë, etc.

9° Les selles jaunes qui verdissent à l'air ne changent de couleur que par la réaction opérée sur elles par les urines qui colorent en vert la matière jaune de la bile. On s'effraye quelquefois beaucoup, mais à tort. Elles n'indiquent jamais un état bien grave.

Il est impossible, du moins dans l'état actuel de la science, de déterminer, par l'examen des garderobes, de quelle portion du canal alimentaire viennent les matières rendues. On ne sait pas davantage quelle est leur nature intime. On ne pourrait pas démontrer l'opinion de Guersant, qui croyait que les selles liquides à peine teintes, et s'infiltrant entièrement dans les langes, viennent de l'intestin grêle. Il est évident qu'aux matières de cet intestin sont ajoutées celles de l'estomac, et qu'aux produits du côlon s'ajoutent les résidus des portions qui ont parcouru les précédentes parties du tube digestif.

Quant à leur nature, les études chimiques n'ont pas fourni de documents capables d'éclairer cette question. On sait, et cela est si évident que toute démonstration à cet égard serait superflue, que ces matières sont en grande partie formées par le résidu des matières alimentaires, et qu'on y retrouve du lait ou des aliments imparfaitement digérés en raison du trouble des fonctions assimilatrices. On sait aussi que des matières dont la nature, dont l'action et les réactions réciproques ne sont pas très bien connues, s'ajoutent à cet élément primitif. Ce sont les produits des follicules mucipares de l'estomac ou de l'intestin, et les produits de la sécrétion biliaire. Le flux mucipare est constamment acide, mais il ne l'est pas toujours au même degré, et l'on ignore les

circonstances qui augmentent cette acescence, qu'il est facile de constater. Le flux biliaire est alcalin et sert à neutraliser l'action destructive du premier. Dans cette réaction et dans ce mélange avec les matières alimentaires, se produit une coloration spéciale qui donne aux garderobes la coloration verte que nous avons indiquée plus haut. Telle est l'opinion d'Huxham, reproduite depuis dans tous les traités des maladies de l'enfance. « La bile ne devient » verte que lorsqu'elle est mêlée à un acide, et plus cet acide est fort, plus » aussi la couleur verte est prononcée (1). » Sydenham l'attribuait au trouble des esprits animaux (2).

Ce serait toutefois une erreur de considérer la coloration verte des garderobes comme le résultat unique de l'acescence des liquides gastriques, car elle ne disparaît pas après l'administration à l'intérieur des poudres absorbantes et alcalines. Elle devrait disparaître, si l'acescence en était la cause. *Naturam morborum ostendunt curationes.* Il est d'ailleurs peu important de se préoccuper de ses caractères, qui n'ont que peu de valeur pour le diagnostic, et qui sont communs aux diverses affections d'entrailles. Ainsi on les observe chez beaucoup d'enfants atteints de diarrhée, lors même qu'ils n'ont pas d'entéro-colite.

Il est rare que les évacuations alvines abondantes ne déterminent pas, en vertu de leurs qualités acides et irritantes, un érythème aux fesses et aux cuisses, toujours suivi de l'ulcération de ces parties. Il faut tous les soins de propreté les mieux suivis pour empêcher la production de cet accident.

L'érythème des fesses et des cuisses existe dans les cinq sixièmes des cas d'entéro-colite. Il débute avec la maladie, et paraît ordinairement plusieurs jours avant son invasion. Il est d'abord constitué par une simple rougeur parsemée de papules rougeâtres plus ou moins confluentes, placées sur les fesses, le scrotum ou la vulve, et la face interne des membres jusqu'aux malléoles. Une érosion de l'épiderme s'effectue sur chacune d'elles, et forme ainsi autant d'ulcérations superficielles de la peau, dont le fond rouge vif saignant, se trouve au niveau de la circonférence. Puis ces ulcérations s'étendent en largeur et en profondeur, elles se réunissent aux ulcérations voisines et offrent quelquefois un diamètre considérable qui va jusqu'à un centimètre. Il en résulte des plaies qui, par leur nombre et l'espace qu'elles occupent, constituent par elles mêmes, en dehors de l'affection principale, une assez grave maladie.

Ensuite, ces ulcérations offrent un aspect gaufré spécial, qui indique généralement un commencement de cicatrisation. Leur fond rougeâtre présente un pointillé gris, formé, je crois, par l'exsudation d'une petite quantité de lymphe autour de l'orifice des vaisseaux absorbants. Chacune des taches qui forment ce pointillé s'étend et se confond avec les taches environnantes, et il en résulte une fausse membrane qui revêt l'ulcère. Ainsi s'opère leur cicatrisation. Le travail réparateur, loin de débuter par la circonférence, commence

(1) Huxham, *De morb. col. dann.*, p. 19.
(2) *Traité de l'affection hystérique*, ch. DCCI.

par le centre et se fait uniformément à la surface de l'ulcération au moyen d'une petite fausse membrane qui s'organise et se recouvre d'un nouvel épiderme. Après la cicatrisation, il reste longtemps des taches rougeâtres cuivrées qu'on prendrait facilement pour des taches syphilitiques si l'on ne connaissait leur origine.

On observe fréquemment, avec cet érythème des fesses, une rougeur des malléoles *internes* et des deux talons, rougeur qui devient rapidement l'origine d'ulcérations d'une autre nature que les précédentes. Elles sont profondes, leur fond est grisâtre et sec, les bords sont enflammés et comme phlegmoneux, ce qui tient uniquement à la négligence de certaines précautions de toilette. Il est facile de le prévenir en enveloppant les jambes des enfants de manière à les isoler l'une de l'autre, et à empêcher leur frottement réciproque.

Au milieu de tous ces désordres, la réaction fébrile est peu considérable. La fièvre est forte, rarement continue, presque toujours rémittente. Elle est continue dans les premiers jours de l'existence de l'entéro-colite, et caractérisée par une soif modérée, par la chaleur et la sécheresse de la bouche indiquées plus haut, par une chaleur animale assez vive, et enfin par l'accélération du pouls, qui varie de 110 à 140 pulsations par minute. Encore est-il vrai de dire qu'il y a dans certains moments du jour, à des époques indéterminées, des exacerbations dans lesquelles la chaleur est portée à un très haut degré, et le pouls à un degré de fréquence extrême. Le surcroît d'accélération du pouls n'est pas en rapport avec l'augmentation de la chaleur tégumentaire.

Lorsque l'entéro-colite est ancienne et paraît devoir passer à l'état chronique, la fièvre est vraiment intermittente. Les accès sont mal réglés. Leur durée est variable. Ils se reproduisent une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, et jamais à des heures fixes. Ils ne sont pas précédés de frissons, et commencent par un état d'abattement durant lequel la chaleur se développe et disparaît sans être constamment remplacée par la sueur.

Pendant les derniers jours de l'existence, la fièvre reparaît avec le type continu, et le pouls reste constamment dans un état d'accélération considérable.

Tels sont les symptômes de l'entéro-colite aiguë. Nous avons été forcé de diviser, afin de pouvoir décrire. Il faut, après ce travail, retracer par la pensée l'ensemble des phénomènes qui précèdent pour se former l'idée complète de la maladie.

Entérite aiguë cholériforme. — L'entéro-colite se présente quelquefois avec des symptômes foudroyants qui rappellent ceux du choléra, c'est l'*entérite cholériforme* longtemps appelé *ramollissement aigu de la membrane muqueuse de l'estomac.* Elle débute d'une manière soudaine par des selles nombreuses, fréquentes, très liquides, séreuses, et par des vomissements répétés. En quelques heures le corps maigrit, le visage s'affaisse, pâlit, les

traits se tirent, le nez se pince, les yeux s'excavent, la peau perd toute sa résistance au doigt, se décolore et se refroidit jusqu'à ce que les évacuations arrêtées permettent à la chaleur de revenir, ou jusqu'au moment où les forces, anéanties par le mal, disparaissent sous les coups de la mort.

De l'entéro-colite chronique. — Les symptômes de l'entéro-colite chronique chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance sont, à peu de chose près, sauf la réaction fébrile, les mêmes que ceux que je viens d'indiquer pour l'entéro-colite aiguë. Les modifications de la muqueuse buccale, les troubles de l'estomac et de l'intestin sont semblables. Reste donc l'état du corps, qui est amaigri, le ventre restant très volumineux, l'aspect ridé de la face, qui prend une expression sénile, et le type intermittent de la fièvre, qui se dérange et devient continu aux approches de la mort.

Complications.

L'entéro-colite vient compliquer la plupart des affections de la première enfance. On la rencontre avec les affections chroniques du poumon, de la peau, avec plusieurs des maladies de la bouche, et en particulier, avec la stomatite, qui est le résultat de l'évolution dentaire.

Elle est à son tour compliquée par un petit nombre de ces affections. Nous avons déjà cité l'érythème de la peau des fesses et les ulcérations aux malléoles; ajoutons le muguet, qui offre avec elle un rapport très intime, et se développe presque toujours pendant la durée de cette maladie.

On observe aussi chez quelques enfants des phénomènes nerveux convulsifs qui résultent de l'influence sympathique exercée sur le cerveau par l'affection intestinale. Ces phénomènes sont assez rares. Néanmoins, nous avons noté plusieurs fois la coïncidence des convulsions avec l'entéro-colite. Une fois, entre autres, c'était chez un enfant d'un mois, qui succomba après onze jours de maladie. L'encéphale était dans un état parfait d'intégrité.

Marche, durée.

L'entéro-colite débute quelquefois d'une manière très violente. C'est le cas des *entérites cholériformes*. Après une journée de troubles légers, avec fièvre et vomissements, la diarrhée paraît, devient fort abondante ; la face s'altère tout à coup, les yeux s'excavent dans l'espace d'une nuit, comme cela se passe, dit-on, dans le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, et l'enfant succombe rapidement. Il est rare qu'il résiste. Dans ce cas, les symptômes disparaissent peu à peu, ou se prolongent jusqu'à confirmation de l'état chronique.

Dans la plupart des cas le début est moins brutal. La maladie se développe, comme la diarrhée catarrhale et spasmodique, sans qu'on y porte trop d'attention. L'enfant est indisposé et a un peu de dévoiement. Les accidents persis-

tent, alors on découvre quelle en est la cause. Ils augmentent et s'aggravent, si l'on ne peut arrêter leur marche. Le sujet s'affaiblit chaque jour, et arrive lentement au degré d'affaiblissement et d'émaciation précurseur de la mort.

L'entéro-colite n'accomplit rapidement ses périodes que dans les cas exceptionnels. Ordinairement elle se prolonge pendant quinze jours, *terme moyen* nécessaire à la guérison. Elle dure quelquefois deux à trois mois.

Peu d'enfants succombent avant le dixième jour. La plupart s'éteignent au bout d'un mois; lorsqu'ils résistent au delà de cette époque, c'est qu'ils sont plus vivaces; la maladie peut durer plus de trois mois.

Chez ceux que l'on guérit, la maladie ne dépasse guère la troisième semaine. Les chances de guérison diminuent à mesure que l'on s'éloigne de ce terme; la maladie est alors passée à l'état chronique et beaucoup plus rebelle aux moyens thérapeutiques.

Pronostic.

L'entéro-colite aiguë est une maladie fort sérieuse. Elle est d'autant plus grave que la constitution du sujet est plus délicate, et qu'il se trouve placé dans la position sociale la plus inférieure, là où l'influence des privations s'ajoute à celle de conditions hygiéniques défavorables.

L'*entérite cholériforme* est encore plus terrible, et frappe de mort la plupart de ceux qu'elle atteint.

L'entéro-colite est fort grave chez les enfants nourris au biberon ou à la timbale, chez ceux qui sont confiés à une nourrice dont le lait est pauvre et insuffisant, chez ceux qui ont les entrailles susceptibles et troublées par le moindre écart de régime ou par les phénomènes de l'évolution dentaire.

La mortalité des enfants affectés d'entéro-colite serait considérable, si on ne la considérait que dans les hôpitaux. Ainsi, d'après mes anciens relevés de l'hôpital Necker, en séparant les enfants atteints de diarrhée catarrhale des enfants affectés d'entéro colite, je trouve, sur 36 malades, le chiffre de 19 morts, parmi lesquels 7 avaient des pneumonies; 7 autres enfants sont sortis de l'hôpital non guéris et dans un état assez inquiétant; enfin, 10 seulement ont été guéris.

Il n'en est pas de même dans la pratique civile, où l'on trouve des mères attentives à surveiller les nourrices et à prodiguer les soins convenables à un enfant malade. Les conditions hygiéniques environnantes étant parfaites et le régime bien réglé, les affections d'entrailles sont accompagnées d'une mortalité bien moindre que celle que je viens d'indiquer. On voit beaucoup plus rarement dans la ville la mort être la conséquence de la maladie qui nous occupe.

Une fois la maladie passée à l'état chronique, il est bien rare que les enfants puissent guérir; car ils veulent manger, et les aliments qu'on leur donne *ne font que* les satisfaire en augmentant leur mal.

Traitement.

On doit, avant de rien entreprendre pour le traitement de l'entéro-colite, examiner toutes les circonstances qui se rapportent à l'hygiène ou au régime de l'enfant (voyez ce qui a été dit à ce sujet dans le chapitre précédent), et les modifier ainsi qu'il convient.

Toutes les craintes qui pourront naître au sujet du changement d'une nourrice dont le lait est altéré doivent s'évanouir à l'idée que jamais ce changement de nourrice n'est préjudiciable. Je l'ai conseillé plusieurs fois, et n'ai jamais eu qu'à m'en applaudir. On peut ainsi faire changer cinq ou six fois la nourrice d'un enfant sans qu'il lui arrive le plus petit dommage.

La première et la plus utile des choses à faire quand un enfant est atteint d'entéro-colite, avec une nourrice dont le lait est pauvre ou altéré, c'est de changer son régime et de revenir à l'allaitement par une bonne nourrice. Le même procédé sera mis en usage pour les enfants sevrés à une époque trop rapprochée de la naissance. Si, comme il arrive assez fréquemment, l'enfant refusait de prendre le sein, il faudrait lui donner le biberon et le mettre à une diète lactée. On supprimera les potages gras et les viandes, si ces aliments font déjà partie du régime de l'enfant.

Lorsque ces précautions, qui sont les plus importantes, sont prises, il faut intervenir dans le traitement de l'entéro-colite avec les divers moyens que la science a mis à notre disposition. Ces moyens sont nombreux. Tous se recommandent par des avantages que je vais essayer de faire valoir.

Il faut éloigner les heures de l'allaitement, supprimer les potages et les aliments solides, tenir les enfants à la chambre, avec des cataplasmes simples et laudanisés appliqués sur le ventre, et donner matin et soir un lavement avec trois cuillerées d'eau d'amidon, ou du son, ou de semences de coings, avec une ou deux gouttes de laudanum, suivant l'âge des enfants.

On administrera souvent avec avantage, au début, quelques boissons mucilagineuses, l'eau de riz, l'eau panée, l'eau de gomme, la décoction de semences de coings, la gomme dans le lait, les poudres antispasmodiques, etc., conseillés dans le chapitre précédent; puis on aura recours aux moyens suivants :

Si l'enfant a de la *lientérie*, il faut lui donner du sous-nitrate de bismuth, et au besoin essayer l'action de la *pepsine neutre* de L. Corvisart, qui opère dans l'intestin la digestion artificielle des aliments ingérés.

On peut aussi donner aux enfants de la viande crue hachée, pilée et tamisée en bouillie fine, deux cuillerées par jour, avec ou sans sucre, dans une soupe préparée avec des féculents, et on réussit ainsi dans certains cas de diarrhée rebelle avec cachexie prononcée. Ce moyen proposé par le docteur Weisse, peu usité en France, est cependant très utile ; mais je doute qu'il soit jamais en grande faveur dans le monde. Il faut l'essayer après les autres et s'y prendre comme je l'ai dit dans mon chapitre sur la diarrhée, page 516.

Antiphlogistiques. — La médication antiphlogistique débilitante a été

conseillée par quelques médecins. Des sangsues en nombre proportionné à l'âge des enfants étaient jadis très souvent appliquées à l'hypogastre ou à l'anus. Leur emploi ne paraît point suffisamment indiqué par l'intensité des symptômes. A moins de circonstances spéciales et inattendues, telles, par exemple, qu'une forte réaction fébrile avec turgescence du système capillaire général, il ne faut pas les employer; leur usage est plutôt nuisible qu'utile.

En effet, ces sangsues ne réussissent que très rarement à supprimer la diarrhée; elles affaiblissent les enfants en leur faisant perdre une quantité de sang qu'on ne peut apprécier; il est souvent impossible de les arrêter quand on les place à l'anus, elles peuvent pénétrer dans le rectum et occasionner des accidents formidables. Les avantages qu'on retire de leur application ne compensent pas les inconvénients qu'il en peut résulter, de sorte qu'à moins de nécessité formelle, il n'y faut pas recourir. Toutefois si l'on se décide à les mettre en usage, deux sangsues peuvent suffire chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants; on augmente leur nombre avec l'âge des malades.

Révulsion cutanée. — M. le professeur P. Dubois a conseillé, pour le traitement de cette maladie, l'application d'un vésicatoire à l'épigastre. C'est surtout dans le cas où les accidents débutent d'une manière violente, c'est-à-dire dans le cas d'entérite cholériforme, que cette médication a le plus d'avantage. Elle est souvent couronnée de succès.

Baglivi et Broussais ont cependant repoussé l'emploi des vésicatoires comme inutiles et même dangereux dans cette circonstance; c'est à tort. Déjà Stoll combinait les vésicatoires avec les sinapismes dans les affections rebelles du ventre, et en tirait de grands avantages; Louyer-Villermay les a employés avec succès, et pour mon compte je ne manque jamais de les prescrire dès que les accidents prennent une certaine intensité.

Révulsion sur le tube digestif. — Je désigne ainsi la méthode thérapeutique qui consiste à établir momentanément sur l'estomac une irritation sécrétoire qui balance celle du gros intestin.

Il suffit souvent, au début d'une entéro-colite, d'administrer l'ipécacuanha pour faire cesser la diarrhée, et par suite tous les autres symptômes. Voici la formule:

Ipécacuanha	0,30 à 0,60
Sirop simple.....	40 grammes.

Mêlez. Pour les enfants d'un à deux ans, à prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

On peut réitérer la dose dès le lendemain lorsqu'elle ne produit pas l'amélioration que l'on désire. En cas d'insuccès, il convient de ne pas insister davantage.

Absorbants. — Au moment où l'on observe l'acidité de l'haleine chez les enfants affectés d'entéro-colite, et où, par l'aspect verdâtre prononcé des ma-

tières excrémentitielles, on peut supposer l'acescence considérable des liquides gastriques, il peut être utile d'employer les moyens neutralisants ou absorbants qui suivent :

Le sous-nitrate de bismuth à la dose de 5 à 15 et 20 grammes dans du sirop de gomme ou dans du lait. La poudre d'yeux d'écrevisses, le phosphate de chaux et la magnésie décarbonatée se donnent aux mêmes doses et de la même manière. J'emploie enfin l'eau de chaux à la dose de 5 et 10 grammes dans du lait pour empêcher ce liquide de se cailleboter et pour neutraliser les acides qui se développent dans le canal alimentaire des enfants.

Toniques et astringents. — Il est souvent très utile de recourir, chez les enfants gravement débilités, à l'emploi des toniques qui combattent avantageusement cette atonie générale. On donne également l'extrait de quinquina et la poudre de Colombo. L'extrait, qu'il est très facile de leur faire prendre divisé en globules très ténus, placés dans du sirop ou des conserves de fruits, paraît jouir d'une efficacité plus réelle. La dose ne doit pas dépasser 0,25. On peut donner aussi les martiaux, soit la limaille de fer, ou mieux la teinture de mars à la dose de 50 centigrammes dans un julep de 60 grammes.

Les astringents constituent la base du traitement de la plupart des médecins. Leur emploi est formellement indiqué. On doit les administrer par la bouche ou par le rectum. L'extrait de ratanhia et de monésia se donnent dans une potion à la dose de 25 centigrammes ; le tannin, à la dose de 10 à 15 centigrammes.

L'acide sulfurique employé par Thomson, Hunt et Griffith, en Angleterre, a été mis en usage chez nous, avec quelques succès, par M. Lepetit, en même temps que des bains salés renfermant une ou deux livres pour un bain d'enfant. Je préfère employer le mélange d'alcool et d'acide sulfurique, connu sous le nom d'eau de Rabel. Je le donne à la dose de 30 gouttes chez les enfants de trois mois, et de 60 gouttes à deux ans, par 120 grammes de véhicule. On ne donne de cette potion que 8 ou 10 fortes cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Si l'enfant vomit et rejette les premières cuillerées, il faut insister, car la tolérance s'établit vers la quatrième ou cinquième dose. Il faut, en outre, donner chaque jour un ou deux bains avec le chlorure de sodium.

Toutes ces substances peuvent se donner en lavements, composés avec 100 ou 160 grammes de véhicule, tenant en dissolution 50 à 60 centigrammes d'extrait de ratanhia ou de monésia. Si l'on fait dissoudre du tannin, c'est à la dose de 30 à 50 centigrammes. Enfin on emploie de la même manière et dans le même but 1 ou 2 grammes d'alun, ou bien 5 centigrammes de nitrate d'argent. Ces derniers lavements sont journellement employés par quelques médecins ; si leur emploi n'est pas constamment suivi de succès, il en résulte, au moins, toujours une notable amélioration bien susceptible de dissiper les préventions élevées contre leur usage.

J'ai employé avec le plus grand succès les lavements de borax, 5 et 10

grammes pour 60 ou 100 grammes de mucilage de gomme adragante et souvent dans la diarrhée due au travail de la dentition, le flux était arrêté au second lavement. M. Lasègue a employé avec avantage les lavements de sous-nitrate de bismuth à 15 et 20 grammes.

C'est à ce titre, et aussi comme agent spécial, analogue à l'alcool que j'ai employé la *glycérine pure*. L'action de ce corps sur les plaies, la manière dont il les approprie, en modifiant les bourgeons charnus, et en arrêtant la putridité m'a fait penser qu'elle aurait une grande utilité dans les inflammations simples et dans les ulcérations inflammatoires de l'intestin. L'événement est venu confirmer mes prévisions. Déjà un grand nombre d'enfants affectés d'entérite simple et d'entérite typhoïde ont été guéris par ce médicament qui n'a aucun inconvénient. Il faut le donner à 60 et 100 grammes par jour.

On peut varier à l'infini l'administration de ces médicaments astringents parmi ceux que renferme la matière médicale. Je n'ai mentionné que ceux qui sont le plus souvent mis en usage.

Opiacés. — La médication narcotique jouit en Allemagne d'un crédit illimité, et, s'il faut en croire Hufeland, l'un des praticiens les plus éminents de ce pays, l'opium est « celui des médicaments qui présente le plus de certitude. » Il faut le faire prendre avec une précaution extrême. Ainsi l'on formule :

Eau distillée.....	40 grammes.
Sirop de gomme.....	15 —
Laudanum de Sydenham.....	1 à gouttes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

On peut aider l'action sédative de cette potion à l'aide de frictions sur le ventre avec

Onguent althæa, huile muscade aa.....	15 grammes.
Huile de menthe.....	6 gouttes.
Laudanum de Sydenham.....	1,50

Complications. — Les complications ordinaires de l'entérite développées dans la bouche, au pourtour de l'anus et sur les malléoles de l'enfant ne modifient en aucune façon le traitement de la maladie. Elles nécessitent l'emploi de quelques substances, qui leur sont particulièrement adressées, et dont je parlerai au sujet de chacune de ces maladies en particulier. Ainsi, il est inutile de revenir ici sur le traitement du muguet et des ulcérations de la bouche, dont je me suis déjà occupé (1). Je vais indiquer seulement quelques préceptes relatifs à la guérison de l'érythème des fesses et des ulcérations des malléoles, accidents qui deviennent quelquefois fort graves. Les excavations qui succèdent à ces

(1) *Maladies de la bouche*, p. 411 et suiv.

ulcérations disparaissent avec des soins de propreté et à la suite de lotions fréquentes faites avec de l'eau froide. Il faut, en outre, avoir soin d'éviter le frottement des jambes des enfants l'une contre l'autre en les séparant avec la couche. Aucune graisse, aucun onguent ne doivent être mis en usage ; Hufeland proscrit formellement les répercussifs, et surtout les préparations de plomb, qui peuvent produire des convulsions mortelles. Pour prévenir les adhérences, le meilleur moyen consiste à saupoudrer les excoriations avec la poudre de lycopode. Lorsque des ulcérations nombreuses et larges sont établies à la surface de la peau, les souffrances deviennent excessives, la vie de l'enfant est menacée. On doit mettre en usage un topique astringent qui possède des qualités spécifiques incontestables : c'est le deutochlorure de mercure ou *sublimé* dissous dans l'eau. On prend 50 centigrammes de ce sel pour 500 grammes d'eau ordinaire. Une petite proportion du sel se décompose, mais il en reste une suffisante quantité dissoute dans le liquide destiné à faire, sur les parties malades, des lotions répétées plusieurs fois par jour. Des pansements avec la glycérine sont également, dans ce cas, suivis de résultats très avantageux.

Aphorismes.

265. L'inflammation du tube digestif chez les jeunes enfants s'établit de préférence dans le gros intestin, très rarement dans l'intestin grêle, encore moins dans l'estomac, et mérite bien le nom d'entéro-colite que je lui ai donné.

266. L'entéro-colite est la conséquence naturelle du mauvais régime des enfants, du mauvais lait des nourrices, de la nourriture au biberon, de l'usage prématuré des aliments solides, gras ou autres, et des indigestions multipliées par la sottise de certaines mères.

267. La fièvre, des vomissements, de la diarrhée verte, panachée ou séreuse, de la maigreur jointe à une grande mollesse des téguments, annoncent une entéro-colite aiguë.

268. La décoloration du visage et l'affaissement des traits doivent faire craindre le développement d'une entéro-colite aiguë.

269. La pâleur mate, cireuse du visage, jointe à sa mollesse et à l'excavation des orbites et des joues, annonce l'entéro-colite aiguë cholériforme.

270. Un enfant à la mamelle qui a les fesses, l'intérieur des cuisses et des malléoles excoriés ou ulcérés, a une entéro-colite aiguë ou chronique.

271. Le gros ventre avec éventration annonce une entéro-colite chronique.

272. Un visage terreux, vieilli et ridé, chez le jeune enfant, présage l'existence d'une entéro-colite chronique.

273. L'entéro-colite aiguë passe très facilement et très rapidement à l'état d'entérite chronique.

274. L'entéro-colite chronique, compliquée de muguet, devient immédiatement très grave.

275. La décoloration complète du visage, sa flétrissure rapide, l'extrême et prompte excavation des yeux, qui suivent de grandes évacuations, annoncent un très grand danger et probablement la mort.

276. L'entérite chronique ulcéreuse est presque toujours mortelle.

CHAPITRE II.

DE L'ENTÉRITE TUBERCULEUSE OU TUBERCULOSE ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE OU CARREAU.

La *tuberculose entéro-mésentérique* est ce qu'on a si longtemps désigné sous le nom de *carreau*, d'*atrophie mésentérique*, de *physcome mésentérique*, d'*entérite tuberculeuse*, etc.

La maladie est si commune qu'on la trouve indiquée dans tous les livres, même les plus anciens, avec ces différences de détails qui semblent changer le fond des choses, et cependant n'en altèrent guère que la forme. Le *carreau* est un nom populaire, que les jeunes médecins ne connaissent plus, par lequel on désigne une maladie chronique tuberculeuse des intestins, des ganglions mésentériques et du péritoine, donnant lieu à l'intumescence prononcée du ventre. Un instant séduit par les découvertes de l'anatomie pathologique, on crut bien faire en brisant cette espèce morbide pour en faire trois ou quatre autres décorées de noms particuliers, tels que l'entérite tuberculeuse; la péritonite tuberculeuse; la tuberculisation des ganglions mésentériques, etc. Malheureusement la clinique ne s'arrange pas des subtilités anatomiques, et cette division, exclusivement basée sur l'anatomie pathologique, n'a pu être adoptée par tout le monde. En effet, elle ne justifie pas le morcellement de la tuberculose entéro-mésentérique ou carreau en trois ou quatre affections tuberculeuses partielles, ayant des symptômes, une marche et un traitement particuliers. Ces affections n'existent presque jamais l'une sans l'autre; toujours associées, elles sont tantôt plus étendues et tantôt plus circonscrites l'une par rapport à l'autre; mais voilà tout ce qu'elles offrent de spécial. L'identité de nature et la communauté de siége de l'altération obligent à maintenir réunies ces affections, qu'un abus de localisation a prétendu séparer. C'est ce que je ferai sans négliger l'étude du degré de l'altération somatique, quel que soit son siége le plus important, dans le péritoine, dans les intestins ou dans les ganglions du mésentère.

Il faut donc comprendre sous le nom de *tuberculose entéro mésentérique* une maladie caractérisée par la présence de tubercules dans l'intestin, les ganglions du mésentère et dans le péritoine distendu par la sérosité.

La tuberculose entéro-mésentérique est très rare chez les nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle et après la seconde dentition. Elle s'observe surtout de quatre à huit ans, et elle paraît être aussi fréquente chez les garçons que chez les filles.

Causes.

C'est une maladie héréditaire, non pas à la manière dont l'entendent les positivistes, qui exigent pour reconnaître les effets de l'hérédité, qu'il y ait affection du même organe et du même tissu chez les parents ou chez les enfants, mais comme il convient de reconnaître l'hérédité d'après la nature des effets morbides. Or, peu importe qu'un enfant atteint de tuberculose entéro-mésentérique n'ait pas de maladie semblable constatée chez ses ascendants ni chez ses collatéraux : s'il y a chez ces mêmes individus une tumeur blanche, des écrouelles, une carie vertébrale ou une maladie des os, une affection tuberculeuse des poumons, etc., cela suffit pour établir l'influence de l'action héréditaire. La tuberculose des parents dispose à la tuberculose des enfants, indépendamment du siége particulier de l'affection. Tel arbre, tels fruits; telle tige, tels rameaux, cela ne manque jamais, et le micrologue qui, parlant de l'hérédité des tubercules, a dit que l'hérédité n'était pas cause, mais un effet de la maladie, a dit une grosse erreur. La tuberculose entéro-mésentérique est héréditaire comme les maladies tuberculeuses en général, et les recherches spéciales que j'ai faites à cet égard confirment tout ce qui a été affirmé par mes prédécesseurs.

La tuberculose entéro-mésentérique est souvent, avec ou sans la prédisposition héréditaire, un effet d'une mauvaise alimentation, soit d'un régime insuffisant, soit d'un régime trop substantiel, soit encore, ce qui est plus fréquent, d'écarts de régime, d'indigestions fréquentes et de phlegmasies intestinales répétées. Les aliments de mauvaise qualité, les repas trop copieux et trop fréquents, l'usage journalier des purgatifs, agissent de la même façon, en créant une irritation gastrique et intestinale qui détermine le développement des tubercules.

On a longtemps cru à l'influence de la phlegmasie des tissus sur la production des tubercules dans leur épaisseur, surtout en cas de prédisposition chez les malades. Au temps de Broussais, c'était une opinion générale et vulgaire; mais les idées ont tellement changé à cet égard, qu'aujourd'hui on se moque de ceux qui la défendent. Tant pis pour les railleurs dont les arguments ne m'ont pas encore convaincu. L'opinion de Broussais, très exacte, trouve dans la pathologie de l'enfance des preuves excessivement nombreuses, et si l'on n'en fait pas une loi absolue, c'est une vérité incontestable. En effet, à chaque instant, dans les nécropsies, on voit dans les poumons, dans les ganglions lymphatiques, dans les plèvres, dans le péritoine, des exsudats tuberculeux à tous les âges de leur développement, au milieu de tissus préalablement enflammés. Cela est très commun dans le poumon à la suite d'accidents inflammatoires constatés pendant la vie. L'enfant meurt, et dans la partie affectée d'inflammation seulement, on trouve de la matière grise demi-transparente, ou de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse. Il n'y en a sou-

vent dans aucune autre partie du poumon. Ainsi en advient-il dans les ganglions bronchiques, qui s'enflamment dans toutes les phlegmasies bronchiques et pulmonaires, et qui se transforment graduellement en matière tuberculeuse. C'est aussi dans les points de la plèvre correspondant à des lobules enflammés ou à des tubercules anciens qu'il se développe un exsudat miliaire, granuleux, demi-transparent, lequel est destiné à se transformer en véritable tubercule.

Ce qui se passe si visiblement dans les poumons, dans la plèvre et dans les ganglions bronchiques n'est pas moins évident dans le péritoine et dans les ganglions mésentériques à la suite des phlegmasies gastro-intestinales. Dans le point du péritoine correspondant aux ulcérations de l'intestin et aux tubercules miliaires situés dans l'épaisseur de ses tuniques, on voit souvent des exsudats miliaires de matière grise demi-transparente, que l'on peut racler avec le scalpel, qui adhèrent à peine à la séreuse, et au-dessous desquels la séreuse intacte laisse voir le tubercule de l'intestin. C'est une expérience facile à faire et en enlevant les granulations du péritoine, on voit au-dessous d'abord la séreuse qui est transparente, puis un tubercule ou une ulcération de l'intestin. Toujours les choses se passent de la même façon, et l'on peut souvent découvrir dans les tissus enflammés de la matière grise demi-transparente, de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse, c'est-à-dire les différentes formes de la matière tuberculeuse à des âges différents d'évolution. On peut donc considérer comme un fait incontestable, que chez les enfants, plus qu'à tout autre âge, la phlegmasie chronique d'un tissu est une cause de tuberculisation des parties malades, des séreuses voisines et des ganglions lymphatiques correspondants.

Ici, dans la tuberculose entéro-mésentérique, comme dans toutes les tuberculoses viscérales, indépendamment des influences d'âge, de sexe, d'hérédité, d'irritation de tissu, etc., il y a une disposition générale, originelle ou acquise, dont il faut toujours tenir compte. L'existence de cette disposition ou diathèse est indispensable au développement des tubercules. De son intensité résultent un développement plus rapide et une désorganisation plus prompte de l'exsudat granuleux et tuberculeux ; sans elle, point de transformation des exsudats inflammatoires, et c'est parce qu'elle se développe assez vite, surtout à l'hôpital, dans les mauvaises conditions hygiéniques de régime, de nourriture et d'habitation, que le passage des phlegmasies chroniques à la tuberculose générale s'observe si fréquemment.

Lorsque sous l'influence des impressions morbifiques dont j'ai parlé, la diathèse nécessaire au développement de la tuberculose s'est produite, et que les causes occasionnelles en ont fixé le siége dans les tissus de l'appareil digestif, il se développe des tubercules dans l'intestin, dans les ganglions du mésentère et dans le péritoine, avec ou sans phlegmasie secondaire.

1° Dans l'intestin existent des granulations grises, demi-transparentes, et des granulations jaunes disséminées. Plus ou moins nombreuses, quelquefois

en très petite quantité, elles occupent de préférence la seconde moitié de l'intestin grêle, puis le cæcum et le gros intestin. On les trouve soit au niveau des follicules, soit dans l'épaisseur des plaques de l'intestin. Il y en a jusque sous les valvules conniventes, et véritablement leur siége n'a rien de bien rigoureusement déterminé. Elles sont tantôt sous la muqueuse qui roule à leur surface, et tantôt, comme je l'ai vu, dans l'épaisseur des tuniques musculaires, ou bien entre ces mêmes tuniques et le péritoine.

Elles apparaissent d'abord sous forme d'un petit point miliaire blanchâtre, qui grossit par intussusception, et reste à cet état ou passe à l'état jaune, du centre à la circonférence. De la sorte, il y a souvent au même instant des granulations grises, des granulations jaunes, et des granulations jaunes et grises à la fois. Au bout d'un certain temps impossible à déterminer, ces granulations et ces tubercules provoquent autour d'elles, dans la muqueuse du côté de l'intestin et dans la partie correspondante du péritoine, des altérations secondaires.

Dans le péritoine, c'est d'abord un exsudat plastique miliaire facile à détacher au moyen du scalpel; puis un épanchement de lymphe amenant l'adhérence entre les anses intestinales malades et les anses voisines. Ailleurs, s'il existe des ulcérations de l'intestin creusant jusque sur le péritoine, ce sont ces adhérences qui empêchent la perforation de l'intestin par rupture, et qui sauvent la vie des enfants menacés d'un accident mortel.

Dans l'intestin, des ulcérations se produisent sur les parties correspondant aux tubercules. D'abord petites et arrondies, puis irrégulières et plus grandes, on les trouve à la fin de l'intestin grêle, dans le cæcum et dans le gros intestin. Leur grand diamètre est plus ordinairement dirigé dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe des intestins, et lorsqu'elles se réunissent à des ulcérations voisines, elles forment des pertes énormes de substance. Il y en a qui ont ainsi jusqu'à 8 et 10 centimètres de longueur. Leurs bords sont rouges, irréguliers, saillants, couverts d'aspérités rouges séparées par des taches grisâtres; ils sont souvent décollés dans une étendue considérable. Leur fond est grisâtre, couvert de détritus purulents, de matières stercorales et de muco-pus concret. On a dit, mais sans preuve et sans l'avoir démontré au microscope, que le fond de ces ulcères était constitué par de la matière tuberculeuse; mais c'est une erreur, et ce qu'on a regardé comme du tubercule n'était que du pus concret. A mesure que les ulcérations s'étendent, elles creusent en profondeur, et elles détruisent les tuniques celluleuse et musculaire, à ce point qu'il ne reste bientôt plus que le péritoine mince, transparent, prêt à se rompre. Heureusement que là où creuse l'ulcération, la nature médicatrice opérant en dehors, vers le péritoine, épaissit l'intestin par l'addition d'une couche de lymphe plastique solide qui tantôt double la séreuse et tantôt facilite l'adhérence du viscère aux parties voisines, de manière à empêcher toute rupture et à éviter toute communication des intestins avec la cavité péritonéale. Sans ce travail réparateur, il y aurait infiniment plus de péritonites par perforation qu'il n'y en a en réalité.

d'étendue. Elles sont blanchâtres, opalines, résistantes, faciles à détacher au moyen du scalpel, et laissent voir le péritoine intact ou une partie de séreuse recouvrant des tubercules ou des ulcères subjacents. Quelques-unes sont jaune opaque au centre, ce qui démontre leur transformation en tubercule cru.

Que la matière granuleuse existe dans l'intestin ou dans le péritoine, sa texture est la même; et, comme je l'ai pour la première fois établi avec Ch. Robin en 1850, les granulations grises, demi-transparentes, sont composées de tissu fibro-plastique, et les granulations jaunes de matière tuberculeuse.

Dans chaque granulation demi-transparente la matière amorphe domine, et elle tient en suspension des noyaux fibro-plastiques sans cellules, de la matière granuleuse pigmentaire et quelques cellules d'épithélium. Plus tard, lorsque la granulation devient jaune opaque, les éléments fibro-plastiques disparaissent et sont remplacés par les éléments tuberculeux proprement dits, fait nouveau qui établit encore la transition entre l'état inflammatoire chronique et la tuberculisation.

Outre ces lésions primitives et principales de la tuberculose entéro-mésentérique, il y a des altérations anatomiques secondaires importantes à signaler; ce sont des adhérences intra-péritonéales entre les diverses anses de l'intestin, des exsudations plastiques inflammatoires à la surface du péritoine, des brides vasculaires ou fibreuses dans les différentes parties de la cavité péritonéale, et enfin la réplétion de cette séreuse par une plus ou moins grande quantité de sérum limpide, jaunâtre, transparent, ou par du sérum mélangé de sang et de pus. Cette ascite est la conséquence de la phlegmasie péritonéale chronique occasionnée par la présence des tubercules.

Si l'on ajoute que chez ces enfants, outre les tubercules de l'intestin et des ganglions mésentériques, il s'en produit également dans le foie et dans la rate, dans les poumons et dans les autres tissus, on aura l'idée la plus complète des désordres matériels produits par cette maladie. La manifestation de la tuberculose a principalement pour siége le péritoine, le mésentère et les intestins, fait principal auquel se rattachent tous les symptômes de consomption observés pendant la vie; et la tuberculisation des autres organes ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des autres phénomènes morbides.

La tuberculose entéro-mésentérique est *latente* au début, et peut rester plus ou moins longtemps *indolente*, ou bien elle est *inflammatoire* et *douloureuse*.

Dans le premier cas, elle ne donne lieu à aucun phénomène appréciable, bien que les lésions tuberculeuses soient déjà très avancées. C'est une des nombreuses maladies sur lesquelles repose le chapitre que j'ai dû écrire sur les *maladies latentes* (1). Il y en a de nombreux exemples, et tous les médecins pourront avoir l'occasion de vérifier l'exactitude de ma proposition, lorsqu'en ouvrant le corps de sujets morts d'accident subit, ils trouveront un grand nombre de tubercules dans le mésentère et dans le péri-

(1) E. Bouchut, *Traité de pathologie générale*.

toine. Morgagni, Bayle et Guersant, ont rapporté des exemples semblables et de nature à établir le fait, s'il n'avait pour appui l'observation de chaque jour. Alors les symptômes de la maladie sont nuls. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et ce n'est que le hasard ou le passage de cette première période latente à la période douloureuse et inflammatoire qui donne l'éveil sur l'existence de cette forme de la tuberculisation.

Quand la tuberculose entéro-mésentérique est compliquée d'inflammation des intestins ou du péritoine, ce qui arrive très fréquemment, il se produit des phénomènes variés, tels que troubles des digestions, des évacuations alvines et de la nutrition ; troubles de la sensibilité du ventre ; changement de forme dans cette partie, phénomènes morbides différents suivant le degré de la tuberculose et selon sa localisation plus étendue dans l'intestin que dans le péritoine, ou dans le péritoine que dans l'intestin.

Il y a au début de la dyspepsie, caractérisée par l'inappétence, des dégoûts, des vomituritions ou des vomissements de glaires, de la constipation, de la diarrhée quelquefois, ou des alternatives de constipation et de diarrhée.

En même temps, on remarque de l'abattement, une certaine mélancolie, de la tristesse et une diminution des forces telle que les enfants n'osent plus se mouvoir pour jouer avec leurs camarades, et qu'ils offrent un calme peu en rapport avec la vivacité de leur jeunesse. La face est pâle, souffreteuse, et les yeux, ternes, abattus, expriment un état réel de souffrance intérieure.

Si la maladie dure déjà depuis longtemps, la diarrhée devient plus fréquente, et quelquefois elle s'établit d'une façon définitive.

Elle est formée de matières jaunâtres ou grises liquides, mêlées à des aliments non digérés, ou de matières diffluentes demi-molles de même couleur, quelquefois striées de sang. Cela prouve que des ulcérations tuberculeuses existent dans les intestins, et que la muqueuse des voies digestives est le siége d'une phlegmasie plus ou moins prononcée. Il y a de la douleur, plutôt obtuse que vive, également forte dans toutes les parties du ventre. Cette partie est gonflée, soit par les gaz inclus dans l'intestin, soit par de l'ascite, soit enfin par les nombreuses tumeurs tuberculeuses des ganglions du mésentère.

Un enfant m'a présenté avec l'ascite une tuberculose des ganglions du mésentère. L'extraction d'un demi-litre de sérum faite par l'ombilic en est la preuve.

Si le ventre tendu résonne partout, à l'hypogastre comme dans les hypochondres et à l'épigastre, c'est que les intestins sont généralement distendus par les gaz, et l'on a affaire à une pneumatose gastro-intestinale. Si, au contraire, il y a une matité fixe à l'hypogastre et dans les flancs, surmontée d'une résonnance épigastrique limitée, et que cette matité change de place avec la résonnance d'après les mouvements de l'enfant, il y a ascite, c'est-à-dire épanchement de sérosité dans le péritoine. En effet, le malade étant couché sur le côté droit, la matité déplacée existe dans la partie déclive du flanc droit et la résonnance dans le flanc gauche, ou bien le malade étant couché sur le côté

gauche, il y a une matité dans la partie déclive surmontée d'une résonnance tympanique à la partie supérieure, ce qui prouve que dans la grande cavité du péritoine, un liquide morbide tombe dans les parties basses ou déclives, selon le décubitus, et que le paquet sonore des intestins surnage sur ce liquide de manière à communiquer aux parties les plus élevées du ventre une résonnance particulière.

Ailleurs il y a, outre les gaz et le liquide de l'ascite, des tumeurs énormes dans le mésentère, formées par la dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques. Il en résulte des masses dures, résistantes, appréciables à la région de l'ombilic et devant la colonne vertébrale. Cela est très rare, et dans le plus grand nombre des cas la tuberculose des ganglions du mésentère ne donne pas lieu à la formation de tumeurs assez volumineuses pour être senties à travers la paroi abdominale. On peut à peine sentir des inégalités résistantes au-dessous de l'ombilic, mais cela suffit au diagnostic, puisque cet état bosselé n'existe pas ordinairement.

A une époque plus avancée, les phénomènes généraux se prononcent chaque jour davantage. La fièvre, d'abord inappréciable, erratique, venant après le repas ou au moment de la diarrhée, se montre plus forte et plus fréquente; bientôt elle passe à l'état continu et rémittent, il en résulte un affaiblissement considérable. La maigreur augmente sur tout le corps, et le ventre seul conserve un volume exagéré, qui annonce le siége du mal. Des sueurs nocturnes épuisent l'enfant, qui devient cachectique. Les membres, couverts d'une couche terreuse, noirâtre, deviennent bientôt le siége d'œdème, qui gagne le tronc et forme une anasarque sans albuminurie, qui précède la mort de peu de jours. C'est, comme vous le voyez, un état de consomption provoqué par les tubercules de l'intestin et du mésentère, ou, si vous voulez, comme on l'a très bien dit, une véritable *phthisie intestinale*.

Les symptômes varient un peu suivant que les tubercules existent en plus grand nombre, soit dans l'intestin et dans le mésentère, soit dans le mésentère.

Quand les tubercules existent en grand nombre, dans l'intestin et dans le mésentère, il en résulte des ulcérations intestinales plus ou moins étendues, et alors il y a surtout de la diarrhée, de la douleur et du gonflement au ventre; l'appétit persiste, et cependant la nutrition est incomplète; l'amaigrissement se prononce, et les enfants meurent dans un état de cachexie très prononcée. S'il y a beaucoup de tubercules dans les ganglions, le ventre est dur, très volumineux, et il se fait une ascite plus ou moins considérable. Enfin, lorsque les granulations tuberculeuses occupent le péritoine et qu'il n'en existe qu'un très petit nombre dans l'intestin, il y a quelques vomissements, un peu de diarrhée, et une ascite en rapport avec la vivacité de la phlegmasie péritonéale. C'est ce que j'ai vu sur une jeune fille de quatorze ans, qui est sortie de mes salles en bonne santé après avoir éprouvé ces accidents.

Complications.

Dans son développement, la tuberculose entéro-mésentérique est traversée par un certain nombre de complications, qui dépendent soit de la nature première du mal, soit de ses effets matériels ou des lésions anatomiques qu'il a produites. En effet, la tuberculose entéro-mésentérique existe rarement seule, et des affections organiques de même nature, scrofuleuses et tuberculeuses, existent à la peau, sur les paupières, au cou, dans les poumons, etc. Beaucoup d'enfants ont en même temps un commencement d'affection tuberculeuse du poumon, et c'est ce qui existe sur deux des jeunes filles que vous avez sous les yeux. Dans ces cas, la lésion est au premier degré, et caractérisée par de la matité au sommet d'un poumon, de l'expiration prolongée et un notable retentissement de la voix. Cette complication éclaire beaucoup la nature du mal, et, en cas de doute, permet d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection des intestins.

Ailleurs, les complications dépendent de l'évolution des tubercules, de l'intestin, des ganglions mésentériques et du péritoine. Ainsi l'ulcération des intestins peut amener, ainsi que je l'ai vu l'année dernière, des hémorrhagies intestinales abondantes, ou quelques stries de sang sur les matières stercorales. Des perforations peuvent se produire et faire communiquer l'intestin avec le péritoine, ou deux anses intestinales l'une avec l'autre, après les avoir préalablement soudées au moyen d'une exsudation plastique. Il en résulte souvent une péritonite partielle ou générale, plus ou moins aiguë, qui entraîne quelquefois la fin prématurée des enfants avec tous les symptômes de la péritonite foudroyante, ou qui produit seulement de vives douleurs accompagnées de vomissements opiniâtres.

Quand la péritonite est latente, ce qui arrive très souvent, il se produit une ascite sans autre symptôme que le développement du ventre, et c'est alors un des symptômes ordinaires de l'affection qui nous occupe.

Une dernière complication de la tuberculose entéro-mésentérique produite par la dyspepsie, la fièvre et l'inanition, c'est l'anémie, l'œdème et l'anasarque ultimes qui précèdent la mort de quelques jours. Dans ces cas, il y a quelquefois de l'albuminurie; mais, le plus ordinairement, cette anasarque est, comme toutes celles qui dépendent de l'état cachectique, sans altération de composition des urines.

Diagnostic.

Le diagnostic de la tuberculose entéro-mésentérique est impossible au début de l'affection locale, et il faut qu'elle soit déjà depuis assez longtemps en possession de l'organisme pour qu'on puisse sérieusement songer à en reconnaître l'existence. En effet, comme je l'ai dit, l'affection débute souvent d'une façon latente, et plus tard elle commence par des symptômes d'entérite aiguë ou chronique dont la nature est difficile à préciser. Ce n'est qu'au bout d'un cer-

tain temps, que l'on peut arriver à un diagnostic précis. Les alternatives de constipation et de diarrhée, l'intumescence du ventre, l'ascite, les bosselures profondes du mésentère, et par-dessus, la tuberculisation du poumon ou des autres organes, si elle existe, doivent enlever tous les doutes et conduire certainement au diagnostic de la tuberculose entéro-mésentérique.

Il y a plusieurs maladies que l'on pourrait confondre avec la tuberculose entéro-mésentérique : ce sont le rachitisme, l'accumulation de matières dans l'intestin chez des enfants constipés, et l'entérite chronique simple.

Dans le rachitisme, il y a toujours une énorme intumescence du ventre et quelquefois de la diarrhée; mais dans ces cas la dentition est retardée ; tous les os sont mous, les fontanelles sont ouvertes; la colonne vertébrale est courbée antérieurement à la région lombaire, et les extrémités spongieuses des os longs sont volumineuses et très gonflées. Cela suffit pour faire reconnaître la nature du mal.

Quelques enfants constipés ont des matières stercorales endurcies dans l'intestin, ce qui forme des tumeurs dures, ou *scybales*, que l'on pourrait prendre pour des ganglions mésentériques tuberculeux. Le siége de ces tumeurs permet d'établir leur nature différente. Les ganglions mésentériques tuberculeux sont au milieu du ventre et au-dessous de l'ombilic, tandis que les *scybales* existent surtout dans les flancs, et particulièrement dans l'S iliaque du rectum.

L'entérite chronique simple a les plus grandes ressemblances avec la tuberculose entéro-mésentérique, à cause de l'amaigrissement cachectique et de la diarrhée qu'elle produit. Cependant il y a cette différence qu'elle ne dure pas aussi longtemps, qu'elle peut guérir, qu'elle ne produit pas une aussi grande intumescence du ventre, et enfin qu'on n'y rencontre jamais de tumeurs mésentériques.

Pronostic.

Le pronostic de la tuberculose entéro-mésentérique est fort grave. C'est une affection presque toujours incurable, et à laquelle on ne peut guère appliquer que des moyens palliatifs. Si les tubercules sont en petit nombre et occasionnent peu de désordres locaux, on peut espérer les voir guérir, soit par l'élimination dans l'intestin, soit par la pétrification, mais cela est très rare et il n'y a pas à y compter. Ordinairement, l'évolution des tubercules de l'intestin, du mésentère et du péritoine entraîne des accidents inflammatoires plus ou moins graves, d'où résultent la consomption et la mort.

Traitement.

Malgré la gravité du pronostic, il ne faut pas abandonner la tuberculose entéro-mésentérique à sa marche naturelle et en quelque sorte fatale. S'il y a peu de chose à faire lorsque l'affection est très étendue et a produit de grands désordres dans les tissus, il n'en est pas de même à son début, lorsque l'on

peut croire assister à la naissance du mal. Un traitement bien dirigé peut alors arrêter la marche des accidents et suspendre le développement des tubercules.

Les enfants doivent être mis au régime le plus sévère ; des bouillons, du lait, des œufs à peine cuits, des purées de légumes, de viandes et de poissons, des compotes et des fruits bien cuits. On leur fera prendre en même temps de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux.

S'il y a de la constipation, il faut donner du bouillon de veau, et de l'eau albumineuse, au contraire, s'il existe de la diarrhée. A ces tisanes, vous pourrez joindre de l'eau de gomme, de l'eau de gruau, de semences de coing, etc., etc.

La décoction blanche de Sydenham et les potions laudanisées rendent quelquefois des services ; mais les substances que je préfère à l'intérieur sont le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 4, 6 et 10 grammes par jour ; le guarana, la monésia, le ratanhia ; le phosphate de chaux à des doses semblables, et la glycérine pure à la dose de 15 à 30 grammes. De ces médicaments, le sous-nitrate de bismuth est certainement le plus utile ; je l'ai vu arrêter la diarrhée et faire rendre des selles parfaitement moulées, deux jours avant la mort d'un enfant qui avait les intestins remplis d'ulcérations tuberculeuses. Des lavements laudanisés ou des lavements de borate de soude et de sous-nitrate de bismuth, des lavements de tannin et de nitrate d'argent pourront encore être employés avec avantage.

Al'extérieur vous pouvez employer les bains salés, les bains sulfureux, et surtout les bains iodés ou bromurés, qui m'ont souvent paru avoir de réels avantages. Ce que vous me verrez employer dans les cas les plus simples ce sont : les frictions sur le ventre avec la pommade au calomel, avec la pommade à l'iodure de plomb et avec la pommade à l'iodure potassique ; les applications de teinture d'iode faites avec précaution pour ne pas ulcérer la peau, les vésicatoires volants promenés sur l'abdomen, ou bien de petits cautères et de petits moxas faits avec la pâte de Vienne ou avec de l'amadou enflammée.

S'il y a peu de tubercules, ces moyens pourront arrêter la phlegmasie de l'intestin ou du péritoine, et peut-être pourrez-vous ainsi suspendre momentanément la marche des accidents morbides. En cas d'ascite, il n'y a pas à hésiter, la ponction de l'abdomen devra être faite au lieu d'élection. Bien que ce ne soit qu'un moyen palliatif, il soulage beaucoup les enfants, et le médecin ne doit pas leur refuser ce triste et dernier secours.

CHAPITRE III.

DU CHOLÉRA-MORBUS.

C'est bien à tort que plusieurs médecins désignent sous le nom de *choléra* certaines formes d'entérite des jeunes enfants accompagnées de prostration, d'amaigrissement et d'évacuations considérables. Ce sont des entérites graves,

cholériformes, si l'on veut employer ce mot à titre de métaphore, mais ce ne sont point de vrais exemples de choléra. Il y a autant de différence entre le flux cholérique et le flux intestinal inflammatoire, si abondant qu'il soit, qu'il y a de différence entre le flux lacrymal de la kératite et celui de la rougeole ou des émotions morales. C'est la spécificité qui caractérise et distingue les maladies, et jamais un phénomène secondaire ne pourra être employé dans ce but.

Le choléra-morbus, le véritable choléra épidémique, existe chez les enfants à la mamelle, et j'en ai vu plusieurs exemples à l'Hôtel-Dieu pendant l'épidémie de 1849 et 1854. Dans cette dernière épidémie surtout, les enfants ont été très frappés, et sont morts en très grand nombre. Le choléra se présente dans la première et dans la seconde enfance avec ses principaux caractères, un peu modifiés par le jeune âge des enfants. Des familles entières sont mortes avec tous leurs enfants rapidement emportés par le fléau. Ainsi, en 1849, j'ai vu un enfant de deux ans et demi, affecté de diarrhée depuis huit jours, qui fut tout à coup pris de vomissements, de crampes, de contracture, de cyanose, et qui succomba au bout de quarante-huit heures. Pendant qu'on était allé l'enterrer, la mère, restée avec son nourrisson d'un an, le vit tout à coup défaillir dans ses bras, se mettre à vomir, à rendre abondamment par les selles, à pousser des cris, et enfin expirer après deux heures d'horribles souffrances. Le soir même, elle, qui avait la diarrhée depuis quatre jours, fut prise à son tour de vomissements, de crampes, d'asphyxie, et vint mourir à l'Hôtel-Dieu. Le père ne tarda pas à suivre ; frappé deux jours après sa femme, il succomba au bout de quarante-huit heures.

Observation. — Une femme enceinte de sept mois, nourrice d'un enfant de dix-sept mois, entre à l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes du choléra épidémique. Elle est morte deux jours après.

L'enfant, renfermé dans l'utérus, a cessé de remuer ; il est, dit-on, mort depuis trois jours.

L'autre enfant, âgé de dix-sept mois, a également le choléra.

Sa face est rouge, animée, ses yeux brillants; ses mains bleuâtres, contracturées, chaudes ; les pieds bleuâtres, chauds ; les jambes roides, les muscles jumeaux très durs, en état de contraction permanente ; enfin toute la peau du corps assez chaude.

Il crie et se roidit à chaque instant. Il vomit des matières aqueuses, et il va fréquemment à la garde-robe, rendant un liquide incolore.

Le pouls, presque insaisissable, est à 120 pulsations par minute. L'enfant meurt quatre heures après son entrée.

Je pourrais rapporter ici bien d'autres observations de choléra épidémique chez des enfants à la mamelle, recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans la ville, et dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, chez des enfants plus âgés; mais cela ne pourrait qu'allonger inutilement ce chapitre, et je me bornerai à les résumer dans la description de cette maladie.

Le choléra des enfants nouveau-nés et à la mamelle peut se développer pri-

mitivement chez eux sous l'influence épidémique, et se propager ensuite à la mère qui leur donne son sein ; ou, au contraire, débutant par la mère, il frappe secondairement sur le nourrisson. Le choléra des enfants est donc épidémique, je crois même qu'il est contagieux ; mais il n'y a rien de formellement établi à cet égard, car on cite des exemples de femmes nourrices atteintes de choléra qui n'ont pas cessé de nourrir, la sécrétion lactée persistant chez elles, et dont les nourrissons n'ont pas eu le choléra.

Le choléra épidémique débute par des coliques, de la diarrhée bilieuse, aqueuse, et quelquefois riziforme ; des vomissements de matières aqueuses, inodores, qui n'ont rien de caractéristique comme dans le choléra épidémique des adultes. Les coliques sont quelquefois très violentes et paraissent vivement faire souffrir les enfants, autant qu'on en peut juger par leurs cris. Des crampes générales, accompagnées de contractures permanentes dans les membres, les doigts et les orteils, arrivent ensuite ; le visage maigrit et s'affaisse ; les yeux s'excavent ; la peau se décolore quelquefois et devient pareille à de la cire, tandis qu'ailleurs elle devient rouge, livide, bleuâtre, *sans véritable cyanose ;* le refroidissement est peu marqué, la circulation languissante persiste à un faible degré jusqu'aux approches de la mort. Alors seulement le cri perd sa force et finit par s'éteindre. A cet instant aussi les crampes sont généralisées et accompagnées de secousses générales tétaniques. Elles durent jusqu'à la mort.

Je n'ai pas vu le choléra épidémique des jeunes enfants durer au delà de quarante-huit heures, et tous les sujets affectés en sont morts. Chez des enfants plus âgés et dans la seconde enfance, la maladie dure beaucoup plus longtemps, offre la période algide suivie de la période de réaction, de sorte qu'il ressemble beaucoup au choléra des adultes. Un grand nombre de ces enfants guérissent, et cela dans la proportion de moitié comme chez l'adulte, encore, et comme je l'ai observé dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

A l'autopsie, je n'ai trouvé aucune altération dans la muqueuse de l'iléon et du gros intestin, pas même cette hypertrophie des follicules que l'on observe quelquefois chez l'adulte, et chez l'enfant dans beaucoup de cas d'entérite ordinaire.

En résumé, le choléra épidémique des enfants à la mamelle se présente avec la plupart des caractères ordinaires de cette maladie ; il m'a paru différer notablement du choléra épidémique des adultes par la faible intensité de la cyanose, par la faible intensité du froid, par la nature aqueuse des déjections alvines et des vomissements, par une persistance plus soutenue de la circulation et par une exagération des crampes dont l'étendue et la forme semblent les rapprocher beaucoup du tétanos véritable. Il en diffère encore par une gravité plus grande que chez l'adulte, car tous les enfants qui en sont frappés meurent sans que rien puisse les guérir.

Le choléra épidémique de la seconde enfance ressemble entièrement au choléra des adultes, c'est un choléra en miniature. Les symptômes, la marche

et la terminaison sont les mêmes. La moitié environ des enfants atteints guérissent quand ils sont convenablement traités et par une méthode rationnelle.

Traitement.

Le traitement du choléra de la première et de la seconde enfance réclame les indications suivantes : 1° arrêter les évacuations diarrhéiques et les vomissements; 2° rappeler la chaleur ; 3° calmer les souffrances causées par les crampes ou par les coliques ; 4° modérer la réaction consécutive.

Le thé, le café noir, la mélisse chaude, avec de l'eau-de-vie ou du rhum, le punch, peuvent être employés en boisson. J'ai vu beaucoup d'enfants de cinq à dix ans, chez lesquels l'ivresse alcoolique produite par le punch a été très salutaire. Dans d'autres cas, la glace par fragments ou le punch glacé réussiront mieux pour suspendre les évacuations. J'ai employé avec succès la potion sulfurique de M. Lepetit, avec 1 gramme d'acide sur 125 grammes de liquide.

La teinture de Rousseau ou de Sydenham, par gouttes en nombre proportionné avec l'âge des enfants, pourra être employée par la bouche dans le même but. Je donne de 2 à 4 gouttes toutes les deux heures dans une cuillerée de thé.

Des lavements amidonnés et laudanisés, des lavements avec 15 grammes de borate de soude seront employés avec avantage.

Des frictions sur les membres avec un gant de laine ou de crin, des bains d'air chaud, des sachets de sable chaud, des bouteilles d'eau chaude autour du corps serviront à rappeler la chaleur ; mais je ne trouve rien de mieux à cet égard qu'un sac de laine fait avec une couverture et serré autour du cou, tenant les quatre membres et le corps nus enveloppés dans sa profondeur.

CHAPITRE IV.

DE LA DYSENTERIE.

La dysenterie est une maladie fort rare chez les nouveau-nés. On pourrait même nier son existence, si on ne l'avait observée au moment de quelques épidémies dysentériques graves.

Strack dit avoir observé une épidémie de dysenterie, en 1757, à Mayence, où il aurait vu plusieurs exemples de cette maladie transmise de la mère à l'enfant, et se présenter ainsi d'une manière *congénitale*. Zimmermann rapporte l'histoire d'une femme de Frauenfeld, qui, ayant eu la dysenterie pendant quatorze jours, accoucha d'un enfant atteint de la même affection et qui mourut au deuxième jour. Strack dit formellement qu'un enfant né d'une mère dysentérique ne peut pas vivre.

Ce sont là des faits rares, que je ne puis contrôler ni critiquer, et que je reproduis seulement à cause de l'intérêt de curiosité qui s'y rattache. Peut-être les médecins dont je viens de citer les noms ont-ils considéré comme

dysenterie une simple hémorrhagie intestinale, assez commune chez les nouveau-nés, ainsi que je le dirai un peu plus loin.

La dysenterie se présente chez les enfants plus âgés avec les mêmes caractères que chez l'adulte. La lésion anatomique est la même dans le gros intestin, les symptômes sont semblables et le diagnostic ne présente jamais aucune difficulté.

Contre la dysenterie, il faut appliquer quelques sangsues à l'anus. Ensuite il faudra donner un vomitif avec de l'ipécacuanha, de l'eau panée, de l'eau de son, de l'eau albumineuse, de l'eau de riz et de l'eau rougie pour tisane. Les bains, les cataplasmes et les lavements pourront être employés avec avantage. L'opium enfin, à la dose de 25 milligrammes à 5 centigrammes, devra être journellement employé.

CHAPITRE V.

DU RAMOLLISSEMENT DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC.

On décrivait, il y a quelques années, comme une maladie particulière le ramollissement *gélatiniforme* et pultacé de la membrane muqueuse de l'estomac chez les enfants. Ce fut là, il faut en convenir à présent, une grave erreur, et, cette fois, on avait fait une fâcheuse application des études d'anatomie pathologique. Jamais, en effet, chez les jeunes enfants, le ramollissement de l'estomac ne constitue une maladie isolée, et ce que l'on a dit de cette altération se rapporte à l'entéro-colite, que j'ai précédemment décrite.

Cette méprise n'aurait pu avoir lieu si l'on s'était rendu compte de la nature de l'altération, et si l'on avait en même temps considéré les autres altérations qui existent chez les mêmes individus.

Quoi qu'il en soit, le ramollissement de la muqueuse de l'estomac n'est pas une maladie spéciale : 1° parce que les altérations qu'on regarde comme le fait d'un état pathologique ne sont que le résultat de la décomposition putride ; 2° parce que la muqueuse stomacale est facilement dissoute par les acides de l'estomac, très abondants dans certaines maladies, telles que la brûlure cutanée, la phthisie pulmonaire, l'entéro-colite, etc. ; 3° parce que l'observation des malades démontre que ce ramollissement n'existe jamais seul, et qu'il est au contraire toujours lié à d'autres altérations, qui en sont la cause et le tiennent sous leur dépendance immédiate.

Chez les enfants qu'on dit être atteints de ramollissement de la muqueuse de l'estomac, il existe toujours en même temps une inflammation plus ou moins violente du gros intestin et de l'intestin grêle. Or, cette coïncidence mérite bien la peine d'être indiquée. Il est bien évident que si les deux altérations existent simultanément, c'est qu'il y a entre elles un rapport caché, qu'il est du devoir du médecin de chercher à découvrir. Il est évident qu'on ne peut les séparer l'une de l'autre, et qu'il faut seulement chercher à distinguer

quelle est leur influence réciproque et quelle est celle qui, par son antériorité, peut avoir été la cause déterminante de la seconde.

Or, c'est ici que l'on peut constater les avantages de la réflexion et du jugement sur les conclusions absolues qu'on cherche à tirer de l'observation directe des faits.

Ainsi, le ramollissement de la muqueuse de l'estomac est la conséquence de l'entéro-colite. En voici la preuve. Un phénomène constant accompagne la phlegmasie du tube digestif chez les enfants à la mamelle, c'est l'acescence très grande des liquides sécrétés par l'estomac et par l'intestin. Ce phénomène est démontré par l'acidité des matières excrémentitielles et par la coloration verte de ces matières. On sait, d'une autre part (Carwell), que l'état acide des liquides de l'estomac suffit pour opérer la digestion artificielle de la muqueuse, c'est-à dire son ramollissement : il est donc certain que toutes les maladies qui auront pour résultat l'acescence des liquides gastriques devront déterminer le ramollissement de la muqueuse de l'estomac : c'est ce qui arrive précisément dans l'entéro-colite ; c'est ce qui peut arriver également dans le cours d'autres affections.

Ainsi, le ramollissement de la muqueuse stomacale qui existe en même temps que l'entéro-colite paraît être sous la dépendance absolue de cette dernière maladie ; mais cela ne peut suffire.

Il faut démontrer que ce ramollissement est bien véritablement le résultat de la digestion de la membrane par les acides gastriques, et qu'il n'est pas la manifestation d'un état pathologique particulier, l'inflammation de l'estomac par exemple : c'est ce qui est établi par les caractères mêmes de l'altération. En effet, ce ramollissement blanc gélatiniforme des parties déclives du viscère, ou même de sa totalité, ne ressemble en rien au ramollissement rouge dit inflammatoire. Il semble être placé tout à fait en dehors des lois ordinaires de l'anatomie pathologique ; sa nature est peu connue, et il paraît être bien plutôt le résultat des phénomènes inorganiques vitaux que des phénomènes de décomposition organique.

Ainsi un enfant de cinq mois, maladif, maigre, sujet aux diarrhées et aux vomissements, reposait dans son lit lorsque le feu s'y communiqua ; le père prit un vase rempli d'eau qui se trouvait sur un fourneau voisin, et sans savoir que l'eau était presque bouillante, il la versa sur le malheureux enfant pour éteindre le feu : il en résulta des brûlures tellement graves que l'enfant mourut le même jour.

Outre les lésions de la brûlure, il y avait des ulcérations et un ramollissement de l'estomac qui furent attribués à un empoisonnement par l'acide sulfurique. L'enquête judiciaire accusait le père ; mais la Faculté de Prague, voyant que les lèvres, le pharynx et l'œsophage n'étaient point corrodés, fit écarter l'accusation d'empoisonnement, et elle attribua justement les lésions de l'estomac à une gastromalacie cadavérique opérée après la mort par les acides de l'estomac.

Il n'en faut pas davantage pour démontrer que, dans les cas de coïncidence du ramollissement de la muqueuse de l'estomac et de l'entéro-colite, c'est à cette dernière altération qu'il faut rapporter l'existence de la première. Par conséquent, la description de la maladie doit surtout s'appliquer à l'affection principale, c'est-à-dire à l'entéro-colite, et l'on ne doit y trouver les affections concomitantes que comme un complément placé dans le chapitre des complications.

En résumé, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, chez les enfants à la mamelle, n'est pas une affection spéciale qu'il faille décrire en particulier.

Cette altération est toujours liée à d'autres maladies, et spécialement aux affections du gros intestin, qu'on a trop longtemps négligé de faire connaître.

Elle est la conséquence de l'acidité des liquides contenus dans le tube digestif des jeunes enfants, liquides très acescents dans la maladie que nous venons de nommer.

Les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette lésion sont donc inutiles à décrire : ce serait une erreur de lieu. Nous renvoyons donc au chapitre consacré à l'histoire de l'entéro-colite, cause ordinaire du ramollissement de l'estomac, et l'on y trouvera tout ce qui est relatif à cette altération qui doit disparaître des cadres morbides de l'enfance, en tant qu'on voudrait la considérer comme une affection particulière et isolée.

CHAPITRE VI.

DU HOQUET.

Le hoquet se présente très souvent chez les jeunes enfants en bonne santé. On s'en inquiète souvent beaucoup trop ; car c'est un accident de peu d'importance. Il n'en est plus de même chez les enfants malades; il acquiert une grande valeur comme signe pronostic défavorable.

L'état convulsif du diaphragme, qui est la cause du hoquet, est souvent déterminé chez les enfants bien portants par l'avidité qu'ils mettent à teter. On sait, dit Gardien, qu'une impression vive peut faire cesser le paroxysme du hoquet qui ne reconnaîtrait pas pour cause une matière irritante ; mais il serait dangereux de recourir à ce moyen pour dissiper le hoquet chez les enfants : les effrayer, c'est toujours les exposer à de grands inconvénients.

Traitement.

On peut faire disparaître le hoquet en donnant quelques gouttes de vinaigre pur, des antispasmodiques, des opiacés à l'intérieur ; mais ce moyen n'est pas convenable pour les enfants. Les applications froides à l'épigastre ou l'ingestion de petits fragments de glace réussissent assez bien dans cette circonstance. On peut espérer interrompre ce phénomène nerveux par des révulsifs

aux jambes, et mieux par la sternutation que provoque l'aspiration de quelques grains de tabac. Il disparaît assez facilement, dit-on, sous l'influence d'un moyen bizarre proposé par M. Piretti, et qui consiste dans la compression de la circonférence d'un poignet au niveau du carpe, et principalement par la pression du poignet droit (1).

CHAPITRE VII.

DE LA RÉTENTION DU MÉCONIUM ET DE LA CONSTIPATION.

§ I. — De la rétention du méconium.

Le méconium est une matière noire, tenace et poisseuse, qui se forme dans l'intestin pendant le cours de la vie intra-utérine, et que le nouveau-né doit rendre par les selles dans les deux ou trois premiers jours de son existence. La rétention de cette matière est toujours préjudiciable à l'enfant. Les accidents qui en résultent sont plus ou moins graves, suivant la nature des causes qui empêchent cette évacuation.

La rétention du méconium est le résultat de la paresse de l'intestin ou d'un obstacle matériel à la circulation des matières qu'il renferme dans son intérieur. Lorsqu'il n'y a chez un enfant que faiblesse des mouvements de l'intestin, on en triomphe facilement par de légers purgatifs excitants du système musculaire de ce viscère. Quand, au contraire, il y a obstacle matériel aux déjections alvines, l'accident est infiniment plus grave; c'est ordinairement l'imperforation de l'anus qui en est la cause. Nous allons parler successivement de la simple rétention du méconium et de la rétention suite de l'imperforation de l'anus.

A. Le méconium est ordinairement expulsé dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. Il arrive cependant que cette matière, adhérant beaucoup aux parois des intestins, ne peut être entraînée par les contractions trop faibles de ces viscères. Elle est évacuée en partie et reste pendant un espace de temps plus long qu'on ne saurait l'imaginer. Elle s'échappe très lentement, par petites quantités, souvent sans qu'on s'en aperçoive, à des époques tellement éloignées de la naissance, qu'on eût été bien loin de soupçonner que le moindre atome pût se trouver encore dans les intestins. Underwood a donné ses soins à des enfants âgés de plus d'un mois et qui avaient été indisposés depuis qu'ils étaient au monde. Ce n'était qu'alors qu'ils commençaient à rendre le méconium.

Les accidents qui résultent de cette rétention sont à peu près semblables à ceux que l'on observe dans la constipation à un âge plus avancé. Il y a des flatulences, des coliques, des indigestions, des vomissements ou de la constipa-

(1) *Gazette médicale*, 1850, p. 267.

tion. On observe aussi quelquefois des phénomènes nerveux fort graves: mais ces accidents sont assez rares dans notre pays. Ils sont, au contraire, très fréquents dans les climats chauds des tropiques. Ainsi les enfants nouveau-nés dans l'Inde ont souvent, à la suite de la rétention du méconium, une espèce de tétanos nommé *mâchoire close* (*locked jaw*) ou *tombée* (*jaw fallen*), et qui exerce sur eux de grands ravages. J'ai vu survenir des convulsions chez un enfant qui, au huitième jour de la naissance, n'avait pas encore rendu le méconium, et j'ai cru devoir établ[illegible] un rapport entre ces deux phénomènes, qui ne sont pas ordinairement liés l'un à l'autre, mais qui m'ont paru l'être dans cette circonstance.

Il faut favoriser l'expulsion du méconium en agissant sur le gros intestin à l'aide de lavements purgatifs, ou en donnant à l'intérieur des substances laxatives.

Les lavements purgatifs et les excitants du gros intestin sont très avantageux à employer, car le méconium n'occupe que le gros intestin. On réussit très bien en administrant des lavements de 100 grammes, et composés, les uns, avec la décoction de graine de lin unie à une cuillerée d'huile, ou à une solution de 8 grammes de sel marin ou de sulfate de soude; les autres, faits avec une infusion de mercuriale ou de séné dans 100 grammes de liquide.

A l'intérieur, lorsque ces moyens n'ont pas réussi, il faut commencer par donner des substances purgatives peu énergiques. Il faut les choisir de manière que leur action cause le moins de trouble possible, car il faut souvent très peu de chose pour purger un nouveau-né. Il suffit, le plus souvent, de leur faire prendre un peu de sirop de chicorée composé à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche.

Si les selles tardent trop à paraître, on pourra donner 15 à 25 grammes d'huile d'amandes douces, ou moitié de cette dose d'huile de ricin.

Si le méconium diffère encore de sortir, il faut faire prendre le calomel seul ou associé au jalap. Le premier de ces médicaments est d'un emploi fort avantageux, car il est sans saveur; l'autre, au contraire, est plus difficile à faire prendre aux enfants en raison de son amertume.

On administre le calomel à la dose de 10 ou 15 centigrammes.

Le jalap en poudre se donne à la dose de 15 à 20 centigrammes dans du miel, ou incorporé à des conserves, ou à des extraits assez compactes pour faire des pilules qu'on puisse recouvrir de poudre de réglisse ou de sucre.

B. Rétention du méconium, suite de l'imperforation de l'anus. « L'extré-
» mité inférieure du tube intestinal peut offrir une oblitération complète, qui ré-
» sulte de l'imperforation de la peau au niveau de l'anus, et alors le rectum se
» termine en cul-de-sac à sa partie inférieure, ou bien une partie ou la totalité
» de cet intestin manque. Dans le premier cas, il contracte des adhérences
» avec le sacrum; dans le second, c'est l'extrémité inférieure du côlon qui
» forme un cul-de-sac et adhère au sacrum près de l'angle sacro-vertébral.
» Il ne faut pas croire cependant que l'imperforation de l'anus accompagne

» toujours l'imperforation ou l'absence du rectum. Cet orifice existe parfois » chez des enfants dont le rectum est oblitéré : aussi est-ce une circonstance » à laquelle il faut faire la plus grande attention, lorsqu'on remarque des » signes de rétention de matières fécales. Dans les cas où le rectum existe, » mais où l'anus est imperforé, il suffit, pour donner issue au méconium, de » faire une ponction, avec un bistouri droit, dans le point où l'anus doit exis- » ter, et au sommet de la tumeur qui se montre à chacun des efforts faits par » l'enfant; puis il faut empêcher la cicatrisation de la plaie extérieure au » moyen de mèches de charpie.

» Mais quand le rectum est oblitéré dans une grande partie de son étendue, » l'opération qu'il faut pratiquer est fort difficile, dangereuse et rarement cou- » ronnée de succès. M. Dieulafoy, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Tou- » louse, a réussi cependant dans un cas de ce genre le 8 mai 1848; l'opération » fut faite avec l'assistance des docteurs C. Vigurie et Lafargue. Le 25 octobre » l'enfant se portait parfaitement. On n'a à choisir qu'entre l'établissement » d'un anus artificiel à la partie antérieure de l'abdomen, d'un anus artificiel » lombaire, ou dans le lieu même où l'anus devrait exister. La première opé- » ration est plus facile, mais l'infirmité dégoûtante qu'elle laisse après elle » doit faire donner la préférence à l'autre procédé, qui appartient à » M. Amussat (1). »

Ce chirurgien, dans cette circonstance, pratique une de ces opérations hardies qu'on ne peut tenter que dans des cas semblables. Il cherche à établir artificiellement un anus dans le lieu où cet orifice naturel devrait être placé. Pour cela, après avoir disséqué les parties jusqu'à l'intestin, il l'attire, l'ouvre et le fixe au pourtour de l'orifice anal, à l'aide de quelques points de suture. Une de ces opérations a réussi. On comprend combien elle doit être dangereuse; mais elle est préférable à celle qui consiste à établir chez un enfant un anus artificiel, qui voue le malheureux qui le porte à une vie misérable. En effet, ne vaut-il pas mieux tout oser pour rétablir convenablement les fonctions excrémentitielles chez un enfant, que de chercher à le sauver au prix du bonheur de sa vie future? Cela ne peut faire doute dans l'esprit de personne.

§ II. — De la constipation.

La constipation est un accident infiniment plus rare dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. Cette disposition est d'autant moins commune que les enfants sont plus jeunes; elle est assez fâcheuse et peut être la source d'accidents quelquefois assez sérieux.

Lorsque, malgré la constipation, l'enfant jouit d'une bonne santé, il est inutile de contrarier ses dispositions naturelles; mais si l'enfant souffre, comme

(1) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1e édition. Paris, 1861, p. 1008.

cela est très fréquent, de flatuosités et de coliques, il devient nécessaire de combattre ce resserrement d'entrailles.

Les accidents les plus communs à la suite de la constipation sont les flatuosités, la diarrhée et les coliques, qu'on reconnaît à une certaine manière de crier de l'enfant, et à certains mouvements de ses jambes. Je les ai déjà indiqués (1).

Chez d'autres enfants, et principalement chez ceux qui sont sujets aux attaques convulsives, la constipation détermine très facilement des convulsions. Elles n'ont pas de gravité et cessent avec la cause qui les engendre. Ainsi j'ai vu des enfants très robustes pris de convulsions, sans avoir présenté de symptômes précurseurs. Elles n'avaient pas d'autre cause apparente qu'un état de constipation habituelle.

Lorsque la constipation est portée à un très haut degré et que nulle évacuation ne peut avoir lieu, on observe quelquefois des coliques violentes, de la fièvre, l'état saburral de la langue et les vomissements, symptômes que l'on trouve si souvent, mais plus marqués, dans la constipation des vieillards. Ces accidents ne s'observent que rarement chez les jeunes enfants, et n'ont jamais une très violente intensité. Ils ont déjà été signalés par Underwood, qui s'exprime ainsi : « La constipation est quelquefois une cause qui prédispose aux fièvres rémittentes. J'en ai acquis la preuve chez un enfant qui d'ailleurs jouissait de la meilleure santé. Pendant deux ou trois ans, il fut pris par intervalle d'une fièvre qui n'avait d'autre cause apparente que la paresse du ventre, paresse qu'il était assez difficile de vaincre par le régime et même à l'aide des médicaments. »

Il faut essayer de vaincre la constipation par de légers laxatifs, assez souvent répétés pour entretenir la liberté du ventre, et assez faibles pour ne pas trop irriter les entrailles ; par des suppositoires de beurre de cacao pur ou additionné d'une petite quantité de belladone. Ce moyen longtemps continué a les plus grands avantages. On met tous les soirs dans l'anus un suppositoire long de 4 centimètres, large d'un demi-centimètre et additionné d'un centigramme d'extrait de belladone. Il n'y a pas de constipation simple qui résiste à ce remède.

On peut employer le sirop de roses ou de fleurs de pêcher, le sirop de chicorée composé et le sirop de nerprun à la dose de 20 à 30 grammes, une fois par semaine ; l'huile d'amandes douces à 15 ou 20 grammes ; la manne, 10 et 20 grammes en dissolution dans du lait ; 25 ou 30 centigrammes de poudre de magnésie avec quelques gouttes de teinture de séné ; la poudre de calomel à la dose de 5 ou 15 centigrammes ; la potion purgative au séné, l'huile de ricin à la dose de 6 à 12 grammes, etc.

Quand l'enfant paraît avoir de grandes coliques, il suffit de lui appliquer des topiques chauds sur la région de l'estomac et des intestins. Underwood

(1) *Du geste et de l'attitude*, p. 15.

conseille les fleurs de camomille grillées et placées entre deux morceaux de flanelle. Cet auteur attribue à ce remède l'avantage de calmer les douleurs et de favoriser l'action des laxatifs. Les cataplasmes émollients sont tout aussi avantageux ; on peut aider à leur action en donnant de petits quarts de lavements faits avec la décoction de graine de lin, sans pavots ni opium. Les narcotiques ne doivent pas être employés dans cette circonstance et de cette manière. Il faut les bannir, d'abord parce que ces médicaments ne peuvent qu'augmenter la constipation, ensuite parce qu'ils peuvent être fort dangereux. Il vaut mieux, quand on doit donner l'opium aux jeunes enfants, le donner à l'intérieur, quelques cuillerées, par exemple, d'une potion de 60 grammes renfermant 4 ou 5 gouttes de laudanum de Sydenham.

CHAPITRE VIII.

DES VERS INTESTINAUX.

L'ancienne médecine a beaucoup insisté sur les accidents que détermine la présence des vers dans le tube digestif. Elle a tracé un tableau si effrayant de ces phénomènes, que l'on regardait comme sérieusement compromis les enfants qui avaient des vers. Cette croyance, évidemment exagérée, existe encore aujourd'hui dans l'esprit des gens du monde, et l'on aura beaucoup de peine à la détruire. Il n'est presque pas de maladie qu'on n'ait voulu, de près ou de loin, rattacher à l'influence de l'affection vermineuse.

Les médecins de notre époque, et particulièrement les médecins de Paris, sont plus rassurés. Ils ne croient pas beaucoup à la réalité de ces accidents, et, sans révoquer complétement les assertions de leurs confrères, ils pensent que dans cette grande ville, les affections vermineuses sont rares, et surtout beaucoup moins dangereuses qu'on ne l'a dit.

Les maladies vermineuses sont comme les fièvres intermittentes, elles se développent dans certaines localités, et pas ailleurs. Elles présentent là des caractères qu'on ne retrouve nulle part ; nouvelle analogie avec les fièvres marécageuses. Est-ce qu'on étudie la fièvre intermittente à Paris ? On ne peut y étudier davantage les accidents vermineux qui se présentent dans toute leur gravité en Suède, en Allemagne, en Hollande, en Suisse, et dans quelques départements de l'ouest et du midi de la France.

Voilà ce qui explique l'immense différence qui sépare les opinions de Rudolphi, de Brera, de Bremser (1), des opinions de la généralité des médecins de Paris. Les uns ont observé dans des localités où les affections vermineuses sont endémiques et vraiment redoutables ; tandis qu'elles sont plus rares, accidentelles en quelque sorte et peu dangereuses, là où les autres ont recueilli leurs observations.

(1) *Traité des vers intestinaux de l'homme*, traduit de l'allemand, avec des notes, par D. de Blainville. Paris, 1837, in-8, avec atlas.

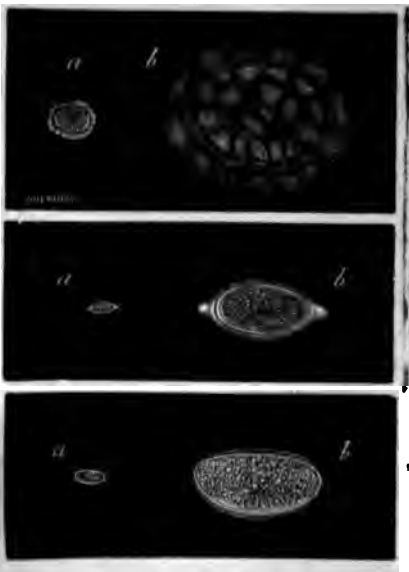
Malgré ces différences d'appréciation, il est un point sur lequel il faut tout le monde soit d'accord, c'est la réalité des maladies vermineuses. On pourra discuter sur leur fréquence, sur leur endémicité, mais le fait même de leur existence ne saurait être mis en doute.

Les vers intestinaux déterminent *deux espèces d'accidents* dans l'organisme : des *accidents locaux* d'inflammation intestinale, de déchirure, d'obstruction au cours des matières, etc.; des *accidents généraux sympathiques* du système nerveux, tels que contractions, convulsions choréiques, échampées épileptiformes, vésanies, paralysie, etc.

Le diagnostic des maladies vermineuses est excessivement difficile, mais outre des commémoratifs et du fait de l'évacuation d'helminthes ou de fragments d'helminthes par les garderobes, il y a encore un bon moyen de s'assurer de la présence des vers dans l'intestin : c'est l'examen des matières fécales au microscope. Si l'on y trouve des œufs d'ascarides, de trichocéphales, d'oxyures ou de ténias, on peut être sûr qu'il existe un entozoaire. M. Davaine a démontré tout le parti qu'on pouvait tirer de cette recherche et il a reproduit les différentes formes des œufs de nos entozoaires, dans les figures ci-jointes que je lui ai empruntées (1).

Fig. 17. — *Tableau des ovules qui peuvent se rencontrer dans les garderobes, pour le diagnostic de la présence des vers dans l'intestin ou dans les voies biliaires* (Davaine).

Fig. 17.



Tous les ovules de la première classe au grossissement de 70 à 107 diamètres, de la seconde et de la troisième classe au grossissement de 340 diamètres.

1. *Ascaride lombricoïde.* — a, ovule 107 fois ; b, 340 fois. — Ces ovules qui avec les fèces sont d'un jaune brunâtre, ovoïdes ; souvent leur coque n'est pas visible à travers l'enveloppe extérieure albumineuse (enveloppe transparente chez l'œuf pris dans l'oviducte) qui s'est imbibée des liquides intestinaux après la ponte, et qui est plus ou moins opaque. — Longueur, 0mm,[illegible] ; largeur, 0mm,058.

Ces ovules sont expulsés avec les fèces chez les individus atteints d'ascarides lombricoïdes adultes. On les trouve facilement.

2. *Trichocéphale disparu.* — a, ovule 70 fois ; b, 340 fois. — Longueur, 0mm,[illegible] ; largeur, 0mm,024. — On les trouve très rarement et très communément dans les selles.

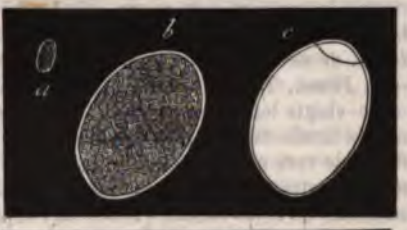
3. *Oxyure vermiculaire.* — a, ovule 70 fois ; b, 340 fois. — Longueur, 0mm,[illegible] ; largeur, 0mm,028. — Je l'ai cherché vainement dans les selles chez des individus d'oxyures.

(1) *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques.* Paris, 1860, in-8.

4. *Ténia solium armé.* — *a*, ovule grossi 70 fois; *b*, 340 fois; *c*, même grossissement, traité par la solution de potasse caustique concentrée.—Diamètre, 0mm,033. —J'ignore encore si les œufs de ténia se présentent dans les selles lorsque ce ver est intact: il doit en être ainsi dans les cas de *Tænia fenestrata*; j'en ai trouvé chez un individu qui rendit des fragments *déchirés*. De nouvelles observations sont nécessaires pour qu'on sache ce que la recherche des ovules peut donner d'éclaircissements au diagnostic.

4

5. *Bothriocéphale large.* — *a*, ovule grossi 70 fois; *b*, 340 fois; *c*, traité par l'acide sulfurique concentré qui fait apparaître l'opercule. — Longueur, 0mm,068; largeur, 0mm,044. Mêmes remarques que pour le ténia solium.



5

6. *Distome lancéolé.* — *a*, ovule grossi 107 fois; *b*, 340 fois; *c*, traité par la potasse caustique qui rend la séparation de l'opercule plus facile. — Couleur brun noirâtre; longueur, 0mm,04; largeur, 0mm,02. — Ces ovules se rencontrent chez le mouton dans les matières fécales; ils indiquent avec certitude la présence du distome lancéolé dans les canaux biliaires ou dans l'intestin. S'ils se rencontraient dans les garderobes chez l'homme, ils seraient également un signe certain de la présence du distome lancéolé dans les voies biliaires ou digestives.

6

7. *Distome hépatique.* — *a*, ovule grossi 107 fois et traité par la potasse caustique pour en séparer l'opercule. — Longueur, 0mm,13; largeur, 0mm,09.—Mêmes remarques que pour le distome lancéolé.

7

Cas d'affections sympathiques causées par les vers de l'intestin (1).

LÉSIONS DE L'INTELLIGENCE.

Ténia. — *Wepfer*. Cas d'une fille de sept ans, cataleptique, puis épileptique et imbécile pendant plusieurs années, guérie par l'expulsion d'un ténia. (Cité par Baumes, *ouvr. cité*, p. 268.) — *Girardin*. Cas de manie guérie par l'expulsion du ténia. (*Acad. de méd.*, séance du 23 septembre 1834.) — *Ferrus*. Homme atteint de folie et mis à Bicêtre; expulsion d'un ténia, guérison de la folie. — *Fourreau de Beauregard*. Penchant au crime guéri par l'expulsion d'un ténia. — *Esquirol*. Manie aiguë guérie par l'expulsion d'un ténia; un an après, récidive de la manie, guérison définitive après une nouvelle expulsion de ténia. *Autre cas :* Femme aliénée et hystérique; expulsion d'un ténia, cessation du délire; expulsion d'un second ténia, guérison de l'hystérie. (*Acad. de méd.*, même séance; *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VI, p. 278.) — *J.-B. David*. Aberration mentale, ténia. (*Gaz. méd.*, 1843, t. XI, p. 39.) — *Docteur Wood*. Cas de folie guérie par l'expulsion d'un ténia. (*The Lancet*, 1851, et *Bull. thérap.*, t. XL, p. 282.)

(1) Ce résumé est emprunté à l'excellent ouvrage de M. Davaine.

Lombrics. — *Prost* a cru pouvoir déduire de ses autopsies que les affections mentales dépendent souvent de la présence des vers dans l'estomac ou l'intestin. — Enfant de onze ans, stupide dès son bas âge, convulsions fréquentes; expulsion d'un grand nombre de vers par suite d'un empoisonnement, guérison des convulsions et retour de l'intelligence. (*Gaz. salut.*, année 1764, cité par Baumes.) — *Esquirol*. Aliénation mentale avec fureur par des lombrics et des oxyures. (*Journ. de Sédillot*, t. XIX, p. 133; et Huvelier, *Thèse*, 1820, p. 17.) — Docteur *Michel*. Fille de dix ans, épilepsie depuis cinq ans, symptômes graves, idiotisme; expulsion pendant plusieurs jours d'ascarides lombricoïdes, retour à la santé et à la raison. (*Bull. thérap.*, t. XXII, p. 375). — *Rolland*. Manie furieuse guérie après l'expulsion de vers lombrics par le vomissement. (*Journ. de méd. de Toulouse*, mars 1845, et *Bull. thérap.*, t. XXVIII, p. 468.) — *P. Frank*. Terreurs sans cause, délire violent; vermifuge : expulsion de quatre-vingts lombrics, guérison. (*Ouvr. cité*, t. V, p. 379.) — Exaltation des facultés intellectuelles. *Zimmermann* cite l'observation de *Pechlin*, d'un enfant affecté de vers et d'une faim insatiable : « Il eut pendant toute sa maladie une mémoire extraordinaire et un génie plus que médiocre; mais il perdit l'une et l'autre dès qu'il fut rétabli. (*Traité de l'expérience*, chap. xv.)

Oxyures. — *Gérardy*. Mélancolie; jeune homme de seize ans, guéri après plusieurs évacuations d'ascarides vermiculaires. (*Observ. sur les mal. vermin*, dans *Journ. Sédillot*, 1806, t. XXI, p. 150.)

HYDROPHOBIE.

Serre. Enfant de treize ans mordu par un chien jugé enragé; six mois après, agitation, horreur des liquides; mort. Prodigieuse quantité de lombrics dans l'intestin grêle. (*Journ. Boyer*, *Corvisart*, etc., t. XXV, p. 258.) — Garçon de neuf ans (Gênes, 1787), atteint de convulsions, de fièvre, d'hydrophobie très caractérisée, quoiqu'il n'eût pas été mordu par un chien ou par quelque autre animal; mort. Sortie par les narines de vers lombrics; tout le tube digestif est plein de ces vers. (*Dict. des sc. méd.*, art. Cas rares, p. 242.)

HYSTÉRIE.

Ténia. — *Delius*. Cas d'hystérie vermineuse. (*Amœnitates acad.*, p. 344 (Mondière.)

Lombrics. — *Dufau*. Cas d'hystérie grave chez une jeune fille de neuf ans, ayant persisté plus d'un an; guérison par l'évacuation d'un immense nombre d'ascarides lombricoïdes et d'oxyures. (*Journ. de méd.*, 1768, t. XXIX, p. 120.) — Un autre cas. (Même journal, t. XXXVI, p. 38.)

CATALEPSIE, TÉTANOS, COMA.

Van Swieten (*op. infrà cit.*, t. III, p. 316). *Bourgeois*. Enfant cataleptique, expulsion de douze lombrics, guérison. (*Rev. méd.*, t. II, p. 451.) — *Lupieri*, cité par Baumes (*ouvr. cité*, p. 258). — Plusieurs cas de convulsions tétaniques d'après divers auteurs : Baumes (*ouvr. cité*, p. 256). — De Sauvages. *Nosol. meth. morb.*, classis IV, ord. II, VII, § 8. — *Crommelinck*. Fille de sept ans, attaques cataleptiformes; expulsion de cent lombrics, guérison. (*Gaz. méd. Paris*, 1843, t. XI, p. 432.) — *Darvin*. Coma, ténia; expulsion, guérison. (*Journ. universel*, t. VII, p. 144.) (Mondière.)

CONVULSIONS GÉNÉRALES. — ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES.

Ténia.—*Wepfer*. Fille de trois ans, épileptique pendant plusieurs mois, guérie après avoir rendu trois aunes de ténia. (Baumes, p. 268.) — *De melle* (*Diss. de vi vitali*, § 107). (Baumes.) — *Consolin*. Attaques épileptiformes depuis deux ans ; expulsion d'un ténia cucurbitin ; guérison. (*Ancien Journ. de méd.*, 1764, t. XX, p. 445.) — *Siblot*. Fille âgée de neuf ans ; agitation convulsive des bras et des jambes qui, depuis huit jours, ne cessait pas, même la nuit ; difficulté à prononcer les mots, contorsions du visage, gêne de la respiration ; guérison par la sortie d'un ténia. (*Journ. de méd.*, 1783, t. LX, p. 22.) — *Bremser*. Garçon de neuf ans, épilepsie depuis deux ans ; expulsion d'un ténia, guérison. (*Ouvr. cité*, p. 374.) — *J.-B. David*. Attaques épileptiformes, ténia. (*Gaz. méd.*, 1843, t. XI, p. 39.)

Lombrics. — *Wahlbom*. Convulsions violentes sans perte de connaissance ; vermifuges, expulsion de lombrics et d'oxyures, guérison. Deux cas. (*Rosen*, p. 394.) — *Mangon*. Enfant de trois ans, convulsions générales, tétaniques, avec perte de connaissance ; anthelminthiques, expulsion de trente-quatre lombrics, guérison. (*Mém. infrà cit.*, p. 72.) — *Gaultier de Claubry* père. Enfant de trois ans, convulsions répétées ; huile de ricin, expulsion d'un grand nombre de lombrics, guérison. (*Mém. infrà cit.*, p. 301.) — Le même auteur rapporte plusieurs observations semblables. (*Journ. Sédillot*, t. XI, p. 286.) — *Ménard*. Convulsions ; expulsion de trente à quarante lombrics, guérison. (*Revue médicale*, 1829, t. I, p. 226.)

Oxyures. — *Th. Bartholin*. Epilepsie entretenue par des oxyures. (Baumes, p. 265.) *Stahl*. Epilepsie chez un enfant de six ans. (Baumes, p. 265.) (Pour Bartholin, voyez *op. infrà cit.*, cent. IV, obs. VII. — Cent. VI, obs XX. — Pour Stahl, voyez *Theoria medica vera*, p. 1018.)

DÉSORDRE DES MOUVEMENTS, CHORÉE, TREMBLEMENTS.

Gaub, *Krammer*, *Presynger*. (Cités par Baumes, p. 257.)

Ténia. — *Mondière*. Fille de quatorze ans ; chorée très intense, même la nuit ; inutilité de tous les traitements ; racine de grenadier, expulsion d'un ténia et de trente-deux lombrics, guérison. (Mém. cit., *Gaz. hôp.*, 1843, p. 210.)

Lombrics. — Fille de douze ans, grimaces, rires involontaires ; expulsion de lombrics, guérison. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1833, p. 332.) (Mondière.) — *Autre cas* : Expulsion de huit lombrics ; guérison. (Même journal, 1834, p. 269.) (Mondière.) — *Autre cas* par Hufeland. (*Biblioth. méd.*, t. LXVII, p. 149.) — Chorée vermineuse, fille de six ans ; évacuation de lombrics, guérison. (*Journ. méd. chir. pharm. Corvisart*, 1810, t. XIX, p. 77.) — Tremblements universels chez un enfant de quatre ans. (*Wechers*, dans Schenck, cité par Baumes, p. 257.)

Oxyures. — *Léveillé*. Convulsions de la face chez un enfant ; oxyures expulsés, guérison. (*Journ. Séd.*, 1804, t. XIX, p. 368.) — *Baumes*. Mouvements spasmodiques très forts de tous les membres, dans le cours d'une fièvre putride bilieuse, expulsion d'un grand nombre d'oxyures, guérison des mouvements spasmodiques, continuation de la fièvre. (*Ouvr. cit.*, p. 266.)

PHÉNOMÈNES SINGULIERS ; PERVERSION DES SENS.

Hufeland parle d'un homme atteint de vers, et qui voyait, étant à jeun, pendant même un quart d'heure, tous les objets teints en jaune, quoiqu'il ne fût nullement affecté d'ictère et que les humeurs de ses yeux conservassent leur

Langres. Fille de vingt-quatre ans, syncopes répétées, délire, hystérie, chorée, expulsion d'un grand nombre d'oxyures, guérison. (*Journ. méd. Corvisart*, t. V, p. 232.)

TOUX, ASTHME.

Ténia. — Toux. Cas de *Bremser* (voy. *Ténia*). — Docteur *Giscaro*. Asthme datant de quinze ans ; *tænia solium* reconnu par des cucurbitins rendus depuis environ trente ans ; expulsion du ténia, guérison de l'asthme. (*Gaz. hôp.*, 1855, p. 482.)

Lombrics. — *Delarroque*. Toux vermineuse, lombrics. (*Arch. gén. de méd.*, t. II, 2e série, p. 592.) — *Mondière*. Fille de dix-neuf ans, quintes de toux fatigantes, rien à l'auscultation ; palpitations, essoufflement ; traitements inutiles ; expulsion de soixante lombrics et d'un grand nombre d'oxyures, guérison. (*Mém. sur les accidents que peut produire chez l'homme la présence des vers intestinaux*, dans *Gaz. des hôp.*, 1844, t. VI, p. 66.)

FAIM INSATIABLE, EXTRAORDINAIRE.

Ténia. — Voyez un cas rapporté au chapitre *Ténia* — *Eugenius Horatius*. Homme de vingt-six ans, appétit violent ; même en sortant du repas, il n'est pas rassasié ; deux heures après, il tombe en faiblesse s'il ne mange pas ; expulsion d'un ténia cucurbitin long de vingt coudées, guérison. (Debry, *sur le tænia humain*. Paris, 1817, Thèse n° 75, obs. 3, p. 9.) — *Leroux*. Faim vorace, homme de dix-neuf ans, né à Genève, ver cestoïde (bothriocéphale ?) expulsé, guérison. (*Ouvr. cit.*, t. IV, p. 323.) — *Lagasquie*. Homme, faim vorace, vols pour la satisfaire ; ténia ; instruction judiciaire. (*Gaz des hôp.*, 1844, p. 216.)

Lombrics. — *Marcellus Donatus*. De canina fame ex lumbricis alimentum assumptum depascentibus ; guérison par un vermifuge. (Bonet, t. II, p. 13.) — Jeune homme tourmenté d'une faim insatiable produite par des vers *lombrics* (*Curieux de la nat.*, déc. II, an VI, obs. 33, p. 88.)

VOMISSEMENTS, COLIQUES, DYSENTERIE.

Delacroix. Vomissement presque continuel accompagné de hoquets et de convulsions, guéri après l'expulsion de sept lombrics par la bouche. (Cité par Bremser, p. 374.) — *Drelincourt*. Coliques violentes suivies de mort ; homme de quarante ans ; grand nombre de vers dans le côlon. (*Biblioth. méd.*, t. XXVI, p. 315.) — *Bricheteau*. Fille, vingt ans, coliques, sangsues ; mort par hémorrhagie causée par les sangsues ; grand nombre de lombrics dans les intestins. (*Arch. de méd.*, 1832, t. XXX, p. 327.) — *Baumes*. Dysenterie rebelle ; expulsion d'une énorme quantité de lombrics, guérison rapide. (*Ancien Journ.*, 1786, t. LXIX, p. 257.) — Dysenterie mortelle causée par des vers, en 1608, chez l'enfant de du Périer (Bonet, *Sepulcr.*, t. II, p. 174.)

HÉMORRHAGIES.

Docteur *Putello*. Epistaxis chez un enfant ; lombrics. (*Mem. della med. contemp.*, 1839, t. I, p. 272.) (Mondière.) — *Daulioulle*. Femme, vingt-sept ans, hémoptysie revenant à plusieurs reprises ; expulsion de douze lombrics, guérison. (*Journ. universel*, t. XLV, p. 374.) (Mondière. — *Ehrard*. Entéro-hémorrhagie guérie par l'expulsion de vingt et un lombrics. (*Medicin. chirurg. Zeitung*, 1818, t. I, p. 383.) — *Schmidtmann*. Femme, trente-neuf ans, violentes coliques depuis plusieurs semaines, deux entéro-hémorrhagies très graves ; trois mois

après nouvelle entéro-hémorrhagie ; expulsion d'un fragment de ténia ; vermifuge, expulsion de trois lombrics et de deux ténias pourvus de leur tête ; guérison complète. (Summa, *Obs. méd.*, vol. III, p. 43, § x, rapporté par Gendrin, *Traité de méd. prat.*, t. I, p. 230.) — *Gaube*. Homme de trente-cinq ans, hématurie depuis trois semaines : convalescence après l'expulsion d'un ténia. (*Rev. méd.*, 1826, t. III, p. 91.)

SUEURS, SALIVATION, INCONTINENCE D'URINE.

Manget. Biblioth. méd., liv. XVI, t. IV, p. 597, et *id.*, liv. IV, p. 880. — Salivation : cas observé par Mondière. (*Mém. cité*, p. 90.) — Docteur *Suender*. Incontinence d'urine chez un enfant, traitée avec succès par les vermifuges, oxyures. (*El porvenir medico*, et *Bull. thérap.*, t. XLV, p. 276.) — *Mondière*. Incontinence d'urine par des oxyures chez un enfant. (*Presse médicale*, 1837, t. I, p. 145.)

ACTION SYMPATHIQUE SUR LES ORGANES GÉNITAUX.

1° *Chez l'homme* (voyez le chap. des *Oxyures*). 2° *Chez la femme*. *P. Frank*. Deux cas de fureur utérine guérie par l'expulsion du ténia. (*Ouvr. cité*, t. V, p. 395.) — *Rosen* dit que les vers causent aux femmes la rétention de leurs règles. (*Ouvr. cité*, p. 394.) — *Wawruch* signale plusieurs cas de dérangements de la menstruation et l'aménorrhée causés par le ténia. (*Mém. cité.*) — *Olombel*. Fille de dix-huit ans, suspension des menstrues; expulsion de fragments de ténia, guérison. (*Remarques sur la maladie vermineuse*, p. 124. Paris, 1816.) — Aménorrhée due à la présence des vers dans les intestins. (*Bull. thérap.*, t. XXXVII, p. 86.) — Ténias excitant l'avortement à trois ou quatre mois. (Leclerc, p. 78.) — *Rosen* dit en parlant des vers : « Ils font couler trop tôt le lait des nourrices. » (*Ouvr. cité*, p. 394.) — *Andry*. Cessation de la sécrétion du lait : *Obs. I*. Nourrice guérie de la perte de son lait par l'expulsion de vingt-trois vers. — *Obs. II*. Nourrice guérie par l'expulsion de vers pendant plusieurs jours. (*Ouvr. cité*, 1re édit., p. 123 et p. 124.)

AFFECTIONS OU ACCIDENTS INTERMITTENTS.

Perrault. Violente convulsion chaque jour à la même heure, expulsion de vers. (*Journ. des savants*, 1675, t. IV, p. 154.) — *Louyer-Villermay*. Enfant, manie intermittente disparue après l'expulsion d'un paquet de lombrics. (*Acad. de méd.*, séance du 23 septembre 1834, et *Arch. de méd.*, 1834, t. VI, p. 279.) — *Mondière*. Deux cas de fièvre intermittente guérie par l'expulsion de lombrics. (*Gaz. hôp.*, 1843, *Mém. cité*, p. 303.) — *Crommelinck*. Fièvre intermittente, enfant de huit ans ; expulsion de plus de soixante lombrics, guérison. (*Gaz. méd. de Paris*, t. XI, p. 433.)

MORT SUBITE OU RAPIDE.

Bajon. Négresse, coma, mort. (*Ancien Journal*, *Mém. cité*, p. 69.) Observations sur les vers lombrics par *Courbon-Pérusel*. (*Journ. méd. chir. pharm. de Corvisart*, t. XII, p. 3, et t. XIII, p. 345. Paris, 1806 et 1807.) — *Ebermaier*. Enfant, mort inopinée avec les convulsions ; autopsie judiciaire, tous les organes sains, un grand nombre de lombrics dans l'intestin. (*Gaz. méd.*, 1834, p. 615.) — Docteur *Sterz*. Fille de huit ans ; convulsions pendant sept heures, mort ; instruction judiciaire, treize lombrics dans l'estomac, plusieurs centaines dans l'intestin grêle. (*Med. Jahrb. des OEsterr. Staats*, 1837, Bd. XXII, p. 547, et *Arch. de méd.*, 3e série, t. I, p. 480.)

On rencontre chez les enfants différentes espèces de vers inte
protozoaires ou *infusoires*, tels que les vibrions du choléra et de l
des *cestoïdes*: ténia, bothriocéphale, etc.; des *nématoïdes*; asca
coïde, trichocéphale dispar, oxyure vermiculaire, etc. Les asca
oxyures sont les plus communs dans l'enfance.

1° Des ascarides lombricoïdes.

Les ascarides se développent ordinairement dans l'intestin grêle
est cylindrique, rosé, égale
vers les deux extrémités.
côté, on y trouve un sillon l
La tête est marquée par u
pression circulaire au-dessu
se trouvent trois boutons o
vules, qui peuvent s'ouvrir
lorsqu'elles s'ouvrent, on ap
lieu d'elles l'ouverture de
L'extrémité inférieure pré
avant sa terminaison, une f
sale ou anus. La longueur
de 6, 8 et même 15 pouce
de 2 ou 3 lignes. Les deu
séparés; le mâle est plus
court que la femelle.

Fig. 18.

Fig. 19. — *a*. Extrémité céphalique avec les trois nodules et la bouche; *b*, extrémité caudale du mâle avec les deux spicules; *c*, étranglement génital de la femelle avec l'orifice sexuel; *d*, œuf frangé à la circonférence. (Moquin-Tandon.)

Bien que les ascarides se
ordinairement dans l'intest
les trouve quelquefois da
l'œsophage et le gros intesti
Ils sont très communs ch
et surtout dans la seconde en
crate, Brendel en ont vu, dit
enfants qui n'étaient pas en
L'usage des fruits et
du lait et de ses préparat
leur développement, qui coïncide rarement av
animal. Ils apparaissent surtout en été et da
Les enfants scrofuleux et ceux qui ont le temp
phatique y sont plus disposés que les autres.

On les rencontre dans le cours des affections
gestives, et surtout chez les enfants atteints
phoïde. Ils sont alors la conséquence de cette maladie, et ils n
aucun phénomène différent des autres symptômes de l'affection

Il est impossible de soupçonner leur existence, à moins que plusieurs d'entre eux n'aient été expulsés par les garderobes ou qu'on n'ait découvert leurs œufs dans les matières stercorales.

Il est à regretter qu'un ouvrage de géographie médicale n'ait pas été entrepris pour indiquer d'une manière précise l'influence des localités et des latitudes sur la manifestation des maladies qui affectent l'espèce humaine. On y trouverait sans doute la topographie de l'affection vermineuse; on saurait alors véritablement quels sont les pays ravagés par cette affection. Quant à présent, on ne l'a signalée que dans la Hollande, l'Allemagne, la Suisse, dans quelques provinces de l'ouest de la France et dans les départements qui environnent Montpellier. Là cette maladie présente tous ces phénomènes singuliers et sympathiques que nous avons si rarement occasion d'observer à Paris.

Les symptômes des ascarides se rapportent à l'irritation locale qu'ils occasionnent dans le lieu de leur séjour et l'irritation qu'ils déterminent sympathiquement dans d'autres organes, sur le cerveau, par exemple.

Les symptômes locaux des ascarides sont constitués par des coliques sourdes ou aiguës plus ou moins fréquentes, par la déjection de matières glaireuses ou sanguinolentes, par des hémorrhagies et il paraîtrait même, d'après Charcellay, qu'*une artériole peut être percée* par un lombric de manière à produire *une hémorrhagie intestinale mortelle*. Les autres symptômes locaux sont des vomissements, et enfin l'expulsion de ces animaux dans les garderobes ou dans le vomissement. Ce signe est le seul auquel il faille attacher quelque importance.

En effet, on voit des enfants dont l'intestin renferme beaucoup de lombrics, et chez lesquels il n'a fallu rien moins que l'expulsion d'un helminthe pour établir le diagnostic.

J'ai eu à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans mon service, une petite fille de deux ans affectée de diarrhée depuis trois mois, qui rendit deux lombrics. Je lui donnai chaque jour 5 centigrammes de santonine, et le lendemain elle en rendit cinq; le jour d'après trente-deux enroulés les uns dans les autres et sans matière fécale, puis huit autres, enfin cinq, et là s'arrêta cette expulsion. Le docteur Aubrun a rapporté l'histoire d'une disposition vermineuse considérable chez une petite fille de vingt-deux mois, ayant ses vingt dents, élevée au biberon, et revenue de la campagne depuis peu de temps. La nourrice prétendait que l'enfant avait des vers, parce qu'elle se frottait souvent le nez. Depuis que cette petite fille était à Paris, le changement de nourriture avait occasionné un peu de diarrhée, dans le cours de laquelle elle rendit, un beau jour, un ver lombric. Un biscuit vermifuge détermina l'expulsion de neuf lombrics. Le lendemain, un second biscuit en chasse quarante-huit autres, et, le troisième jour, cinquante nouveaux suivirent l'ingestion d'un troisième biscuit. Encouragé par ces résultats, M. Aubrun fit prendre un quatrième biscuit à l'enfant, et, chose étonnante, l'ingestion de ce biscuit fut suivie encore de l'expulsion d'un nombre incalculable de *petits vers* que notre confrère évalue à plus de cent

cinquante. Les plus petits pouvaient avoir 1 centimètre et la grosseur plume de corbeau ; les plus longs étaient d'un pouce et demi et plus.

Quelquefois, lorsque les ascarides existent en nombre très-considé se rassemblent dans un point circonscrit du tube digestif, il en résulte stacle au cours des matières qui produit les symptômes de l'iléus et d vagination, c'est-à-dire d'un étranglement interne, et la mort peut en conséquence. Ce sont là des faits excessivement rares. Dequin en a rapp exemple (1) et Halmagrand un autre (2). Voici le résumé de ce dern qui est très curieux.

Observation I. — *Entérite vermineuse; étranglement interne; hém intestinale: mort* (docteur Halmagrand). — Un enfant de six ans, atteint d chite, souffrant de l'abdomen autour de l'ombilic, éprouvait quelques sourdes depuis trois jours. Tout à coup il fut pris de vomissements ver rendit trois *ascarides*, et il rendit quelques selles légèrement sanguinol ventre était douloureux, ballonné. Son facies était profondément altéré rique, mais il n'y avait pas de démangeaison des ailes du nez, ni de d des pupilles. Le pouls était petit, concentré, et la peau froide glaciale et

Dans la journée, il eut une selle abondante liquide, entièrement fo sang, et la mort eut lieu aussitôt après, c'est-à-dire trois jours après mencement de la maladie.

La nécropsie révéla les particularités suivantes:

Le péritoine est dans l'état normal, contenant peu de sérosité. La v fortement rétractée et cachée derrière les pubis. L'estomac et le gros int leur aspect ordinaire, mais l'intestin grêle, surtout l'iléum, est méta présente une coloration rouge très tranchée et des arborisations. La r foie sont dans l'état normal. Le poumon droit est injecté et moins crépi le gauche. Le cœur n'offre rien de remarquable ; ses cavités gauches s et les droites contiennent un sang non coagulé.

L'intestin, dans la portion injectée, résistait au doigt et offrait une s tumescence inégale et bosselée. Cette portion intestinale était littéralem térée par un paquet énorme de vers dont on appréciait les circonvolutio vers l'épaisseur des parois intestinales. Cette masse de vers intriqués dans les autres, comme feutrés, faisaient un tout dans la longueur de mètres au moins, distendant l'intestin, et le bouchant complétement. étaient tellement enlacés les uns dans les autres, qu'il a suffi de saisir l avec une pince pour soulever toute la masse sans qu'ils se dissociassen avait dix-huit de la plus forte espèce.

La muqueuse de l'intestin grêle ayant été lavée, était ramollie, se par lambeaux, et criblée d'ulcérations, dont la plus grande avait la larg pièce de deux francs. Une de ces ulcérations fixa notre attention par s leur, et l'on trouva les vestiges de vaisseaux ouverts qui auraient don émorrhagie intestinale qui survint peu de temps avant que le petit mala dernier soupir.

Les symptômes généraux sont : la perte de l'appétit, l'état blanch

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, 1770, t. XXXIV, p. 631.

(2) *Union médicale* de 1866.

langue, l'acidité de l'haleine, etc. La face est pâle, le teint plombé, les yeux entourés d'un cercle bleuâtre et les pupilles fort dilatées. Il y a de fréquentes démangeaisons aux narines. On observe quelquefois la cécité, la surdité temporaire, les convulsions partielles ou générales, de la chorée, du délire, de l'agitation pendant le sommeil, enfin un dépérissement continu. Les convulsions surtout sont indiquées comme étant le résultat ordinaire de l'affection vermineuse, mais cela est rare. En voici un curieux exemple publié par le docteur Culmann de Forbach.

Observation II. — Un enfant du sexe masculin présentait tous les symptômes de la chorée la plus violente : convulsions répétées à très courts intervalles et qui intéressaient tout le côté gauche du corps, se faisant même remarquer dans le côté gauche de la face par des spasmes répétés, saccadés, de tous les muscles, sans jamais franchir la ligne médiane. La convulsion commençait ordinairement par les doigts de la main gauche, puis s'étendait de proche en proche à l'avant-bras, qui se fléchissait violemment sur le bras, à la nuque et enfin à la face. L'extrémité gauche inférieure se convulsait en même temps que la face, toujours un peu après le bras. Cette attaque ressemblait quelque peu à une attaque d'hystérie dans laquelle on remarque également cette progression de bas en haut des phénomènes convulsifs.

Au plus fort de la crise qui durait de 20 à 25 minutes et se renouvelait jusqu'à quinze fois dans la même journée, ce petit garçon présentait un aspect lamentable ; ses membres s'agitaient avec une violence extrême et son visage grimaçait horriblement ; toutefois, au milieu de tout ce trouble de l'innervation, l'intelligence était parfaitement conservée. Dans l'intervalle des crises, le bras gauche était paralysé incomplétement, l'enfant avait perdu dans ce membre la faculté d'associer les mouvements, et quand on lui disait, par exemple, de le porter à la tête, il exécutait une série de mouvements incohérents avant d'arriver au but qui lui était désigné, le dépassant même plusieurs fois avant d'y arrêter la main.

Après différents essais infructueux de la médication antispasmodique pour guérir cette maladie qui durait depuis huit jours, le docteur Culmann fut appelé auprès du petit malade ; les symptômes n'étaient devenus aussi violents que dans les deux derniers jours seulement. Alors à une de ses visites les parents lui apprirent que l'enfant venait de rendre beaucoup de petits vers blancs, et il conseilla une médication anthelminthique, consistant en calomel répété à la dose de 20 centigrammes trois fois par jour, et en lavement de décoction d'absinthe marine, deux par jour ; sous l'influence de ces remèdes l'enfant expulsa successivement *cinquante-cinq lombrics* et une quantité prodigieuse d'oxyures vermiculaires, et se trouva radicalement guéri de sa chorée trois jours après le commencement de ce traitement.

Malgré les faits de cette nature, Guersant ne croyait pas aux maladies vermineuses, et il a dit n'avoir jamais vu qu'un seul cas dans lequel des convulsions mortelles aient été déterminées par la seule présence d'ascarides lombricoïdes. Après l'avoir raconté, il ajoute que, dans un assez grand nombre de circonstances analogues, il aurait pu se méprendre et attribuer aux vers lombrics des accidents nerveux indépendants de l'influence exercée par ces animaux et provoqués par une maladie cérébrale, pulmonaire ou gastro-intes-

tinale (1). Cette manière de voir est exagérée, car, encore une fois, nous nous plaisons à le répéter, nous sommes dans une mauvaise localité pour apprécier les accidents vermineux. Nous ne les observons pas aussi souvent que nos confrères qui exercent en d'autres lieux, surtout dans les campagnes. Il faut tenir compte de cette circonstance, et ne pas se hâter d'accuser leurs récits d'exagération.

Le plus ordinairement les lombrics déterminent peu d'accidents. La plupart des enfants les rendent, sans souffrir et sans que leur santé soit troublée. Lorsque leur nombre est très considérable, ils deviennent la source de lésions intestinales plus ou moins sérieuses.

On leur a supposé la puissance de perforer l'intestin et de provoquer des péritonites; cela n'est pas encore très bien établi, mais s'il fallait croire tous les récits publiés à cet égard, il n'y aurait aucun méfait dont les ascarides ne pussent se rendre coupables. Tout en faisant la part des probabilités, il y a certainement une grande exagération dans le récit suivant extrait de la *Gazette médicale italienne*. Des lombrics auraient disséqué tout le système nerveux et vasculaire de l'abdomen d'un jeune enfant mort à l'hôpital, avant qu'on ait pu se procurer aucun renseignement sur sa maladie.

L'autopsie fut faite. Quelques vers furent trouvés çà et là. Les désordres qu'ils avaient causés étaient considérables, mais ils avaient opéré avec une finesse de dissection qui eût fait honneur au plus habile anatomiste.

Tout le grand nerf sympathique, admirablement *préparé*, selon l'expression de l'observateur, était détaché de ses liens celluleux, sans qu'aucun trouble eût été apporté dans ses rapports naturels; la série entière des ganglions thoraciques, leurs rameaux de communication, les innombrables filets qui forment les plexus œsophagien et pulmonaire, le réseau fin qui recouvre l'aorte, les nerfs splanchniques, depuis leur naissance jusqu'à la sortie de la cavité thoracique, avaient été l'objet de ce merveilleux travail.

Le système vasculaire de la région avait été disséqué avec tout autant d'exactitude et de délicatesse; l'aorte et les artères intercostales, la petite azygos avec ses collatérales, le conduit thoracique, étaient isolés et entièrement dépouillés de tissu cellulaire.

Dans un autre cas, par G. de Duben, chez un enfant de trois ans et neuf mois, mort de péritonite, dans le cours d'une maladie chronique tuberculeuse, on trouva l'appendice vermiculaire rongé par une large ulcération, offrant une longue ouverture par laquelle avaient passé quarante-sept ascarides dans le péritoine. Cette séreuse tapissée d'une exsudation séro-purulente étant le siége d'une inflammation incontestable.

Quand les ascarides existent en même temps que la fièvre typhoïde, ou toute autre affection, ils ne changent rien à la marche de la maladie, dont l'expression symptomatique est la même.

(1) *Dictionn. de méd.*, p. 244.

Quand on suppose que l'enfant a des lombrics, soit qu'il en ait rendu autrefois, soit que son état de souffrance fasse supposer l'existence de ces entozoaires, il y a un moyen de s'assurer du fait. Il faut examiner les matières fécales au microscope. Si l'on y trouve des œufs semblables à ceux dont j'ai précédemment indiqué la forme, on peut, ainsi que l'a démontré M. Davaine, affirmer qu'il existe des ascarides, et diriger son traitement en conséquence. C'est là un excellent moyen de diagnostic.

Traitement.

Chez les enfants bien portants qui sont sujets à rendre des ascarides lombricoïdes, il faut éviter avec soin les circonstances qui favorisent la génération de ces animaux. Une nourriture convenable, animale et végétale tout ensemble, de laquelle on exclut les fruits verts et la trop grande quantité de laitage; une habitation salubre, au midi, l'insolation prolongée, conviennent à ces malades.

Si l'on observe des accidents que ne motive pas une affection des voies digestives, ou une autre lésion organique, et que d'ailleurs l'expulsion de lombrics ou la présence d'œufs dans les matières fécales (voy. la figure 17, p. 558, et la fig. 19, p. 566) ait fait reconnaître leur existence, il faut recourir à l'emploi des anthelminthiques. On cherche d'abord à expulser les vers et ensuite à les empêcher de se reproduire.

Le semen-contra est très employé et fait la base de tous les biscuits et de toutes les dragées vermifuges que l'on emploie dans le monde vulgaire, et qui n'ont d'autre inconvénient que le secret de la formule. Il a joui d'une grande vogue. On peut le donner de la manière suivante :

Poudre de valériane.....	0,60 à 1 gramme.
Semen-contra	0,60 à 1 —
Calomel.....	0,05
Sucre blanc.....	2 grammes.

Mêlez. Pour faire quatre paquets de poudre : à prendre dans les vingt-quatre heures.

Cette substance a été quelquefois associée à la mousse de Corse :

Semen-contra.....	0,60
Mousse de Corse.....	0,60
Sucre en poudre.....	1 gramme.

Pour quatre paquets : deux par jour dans une conserve de fruits.

Voici la formule d'un sirop que recommande beaucoup M. Cruveilhier. A la suite de son usage, des enfants ont rendu jusqu'à 60 lombrics dans une matinée.

Follicule de séné.....	aa 4 grammes.
Rhubarbe.....	
Semen-contra.....	
Mousse de Corse.....	
Fleur de tanaisie.....	
Petite absinthe.....	

Infusez à froid dans 240 grammes d'eau : passez et ajoutez suffisante quantité de sucre pour faire un sirop. On en donne une cuillerée à bouche le matin pendant trois jours.

La *santonine*, principe actif et *insipide* du semen-contra, doit être employée de préférence, et se donne à la dose de 10 à 25 centigrammes par jour, en pastilles ou dans de l'huile d'amandes douces. Il est bon d'aider ensuite à l'action du médicament par celle d'un léger purgatif.

Cette substance fait souvent voir les objets colorés en jaune. Elle rend l'urine alcaline et la colore au bout d'une heure en jaune safrané caractéristique, en même temps qu'elle la rend plus abondante. Une seule dose colore l'urine pendant trois jours. Il paraît, je ne l'ai pas vérifié, que cette coloration est due à la présence d'un pigment jaune, qu'on nomme *santoniine*, soluble dans l'eau et rougissant par les alcalis.

Le calomel à la dose de 5 centigrammes par jour, en pastilles ou dans une cuillerée de bouillie, a été vanté par beaucoup de médecins, et il mérite en effet la plus grande partie des éloges qui lui ont été donnés. Sauf le danger d'une purgation trop considérable qu'il peut occasionner, c'est un excellent remède en raison de la facilité qu'on a d'ailleurs à le faire prendre aux enfants.

Le *kousso* a été employé avec succès. Dès la veille on prépare les malades par une diète légère, ou même un purgatif, s'il y a constipation ; puis on donne à jeun 15 à 30 grammes de kousso en poudre, selon l'âge des sujets et dans de l'eau sucrée.

Il y a enfin deux nouveaux vermifuges, également produits de l'Abyssinie, que MM. Schimper et Strohl ont fait connaître ; ce sont : le *saoria*, fruit du *Mœsa picta*, et le *tatzé*, fruit du *Myrsina africana*. Le saoria se donne à la dose de 15, 30 et 45 grammes en poudre dans de la bouillie. Il détermine des purgations, tue et chasse les vers au dehors sans avoir une aussi fâcheuse influence sur la santé que le kousso. Il est d'une administration facile, à cause de son peu de saveur, et il colore l'urine en violet. Son action est surtout efficace dans les cas de ténia.

Le *tatzé* réduit en poudre se donne dans de l'eau à bien plus faible dose que le *saoria*, de 10 à 25 grammes. Cette dernière dose ne peut même être donnée qu'à des gens très robustes. Sa saveur est âcre, désagréable et il a un effet purgatif très marqué.

Le camphre a été employé avec avantage par Rosen, qui le donnait en potion additionnée d'une petite quantité de vin généreux.

On a aussi conseillé la décoction d'ail, de fougère, l'asa fœtida, l'huile de Dippel, de Chabert, etc. ; mais ces médicaments sont peu usités à cause de leur saveur fort désagréable.

Il est convenable de joindre à l'emploi de ces moyens qui tuent les vers, l'action des purgatifs, qui les expulsent.

Ainsi, peu de temps après avoir donné la substance vermicide, huit à douze heures après, il faut administrer la solution de manne, le sirop de chicorée, l'huile de ricin, la poudre de racine de jalap et mieux le calomel.

La plupart des médecins recommandent également l'usage des toniques pour modifier un peu la constitution des enfants. On donne le sirop antiscorbutique ou le sirop de quinquina, 15 à 30 grammes par jour : c'est pour concourir au même résultat que l'on administre aussi l'huile de foie de morue, 15 à 30 grammes, mêlés à un poids égal de sirop simple.

Des oxyures vermiculaires.

L'oxyure est un ver d'une ligne et demie de longueur, filiforme ; sa tête est obtuse ; sa queue se termine par une extrémité très déliée. Il occupe presque toujours le gros intestin et surtout le rectum. Chez les petites filles il vient quelquefois se placer dans les parties génitales.

Ces vers occasionnent de très vives démangeaisons et quelquefois des douleurs horribles. Les enfants portent sans cesse la main aux parties douloureuses, se grattent avec fureur. C'est un inconvénient sérieux, lorsque les oxyures occupent la vulve. Il en résulte un écoulement vaginal plus ou moins prononcé. L'habitude de la masturbation n'a quelquefois pas d'autre origine.

Fig. 20. — *a*, mâle ; *b*, femelle ; *c*, extrémité céphalique montrant les trois nodules et le gonflement aliforme ; *d*, extrémité caudale du mâle ; *e*, extrémité caudale de la femelle ; *f*, œuf. (Moquin-Tandon.)

Les oxyures sont fort difficiles à détruire ; ils pullulent avec une rapidité étonnante. Il faut, pour les détruire, employer les moyens suivants :

On donne en lavement :

1° La décoction de deux gousses d'ail dans du lait.

2° La décoction de 30 à 40 grammes de suie pour 100 grammes d'eau.

3° Le calomel en suspension, 30 centigrammes dans un jaune d'œuf.

4° Cinq à six centigrammes d'onguent mercuriel délayé dans l'huile et le beurre fondu ; ou la même dose d'onguent mercuriel incorporé à du beurre de cacao pour faire un suppositoire : ce moyen est le meilleur. Il m'a toujours parfaitement réussi chez les enfants à qui j'en ai ordonné l'usage.

5° La solution d'arséniate de soude, que j'ai vu employer à l'hôpital Necker par M. le professeur Trousseau.

Arséniate de soude 0,05
Eau distillée..... 300 grammes.

Pour six lavements : un ou deux lavements par jour.

Ce remède donne quelquefois des coliques assez vives.

6° Le lavement d'eau froide simple, conseillé par Van Swieten.

7° Le lavement d'absinthe, 8 à 16 grammes en infusion, etc.

8° Le lavement avec la décoction de kousso, 1 gramme pour 100 grammes d'eau.

Il n'est pas nécessaire, sauf indication spéciale, de donner dans cette maladie des médicaments à l'intérieur.

Du trichocéphale.

Le trichocéphale a surtout été décrit par Rœderer et Wagner comme parasite d'une maladie épidémique de leur temps, connue sous le nom de *mucosus*. C'est notre *fièvre muqueuse*, forme légère de la fièvre typhoïde. En effet, le trichocéphale existe dans le cæcum de presque tous les malades atteints de fièvre typhoïde. Malheureusement il existe chez presque tout le monde, même en bonne santé, ce qui enlève toute signification à sa présence.

FIG. 21.— *a*, Mâle ; *b*, femelle ; *c*, extrémité céphalique avec la bouche terminale ; *d*, extrémité caudale du mâle avec sa gaine masculine et son spicule ; *e*, œuf. (Moquin-Tandon.)

Le trichocéphale, ainsi nommé parce que sa tête est fine comme un cheveu, a de 4 à 6 centimètres de long sur 2 millièmes à 1 millimètre d'épaisseur. Son corps est cylindrique, capillaire du côté de la tête, plus épais à la partie postérieure.

Les œufs sont rougeâtres, ovoïdes à leurs extrémités, et faciles à reconnaître au microscope au milieu des matières fécales.

Des ténias ou vers solitaires.

Les ténias, inconnus chez les nouveau-nés, sont très rares chez les enfants à la mamelle, tandis qu'ils sont assez communs, au contraire, à la seconde enfance. Les exemples de ténia observés chez les enfants se rapportent à des sujets de huit mois (Wolphius), de dix mois (Deroche et Legendre), de deux ans (Buisson, Moussous), de trois ans (Buisson; Wawe), de quatre ans (Laforêt). En 1857, j'en ai vu deux exemples chez Eugénie, dans le service de mon collègue Legendre, à l'âge de quatre et six ans. Depuis lors j'en ai traité à

euf ans. Sur 27 cas dans lesquels l'âge a été indiqué d'une ma-
ar ce médecin dans un travail récemment publié, on trouve :

..	2 cas.	6 ans.....	3 cas.	11 ans.....	4 cas.
..	1	7	4	12	1
..	2	8	1	14	1
..	2	9	1		
..	3	10	2		27

nier âge la conformation des ténias est absolument semblable à
oaires observés chez l'adulte. Il y en a deux espèces : 1° le *ténia*
t, et 2° le *bothriocéphale*.

FIG. 23. — Tête du ténia. — A, tête du ténia : *a*, partie antérieure un peu atténuée; *b*, *b*, oscules ; *c*, double couronne de crochets ; *d*, proboscide ; *e*, commencement du cou ; *f*, premières articulations. — B, crochets : *a*, manche; *b*, garde; *c*, griffe.

FIG. 24. — Article isolé de ténia ou *zoonite*. — *a*, orifices génitaux ; *d*, canal déférent et testicule ; *f*, oviducte ; *g*, *h*, ovaires. (Moq.-Tandon.)

FIG. 25. — Double appareil de chaque *zoonite*, ou article du ténia. — A, double appareil sexuel : *a*, cupule génitale ; *b*, spicule ; *c*, orifice féminin ; *d*, testicule ; *e*, canal déférent ; *f*, oviducte ; *g*, axe des ovaires ; *h*, grappes ovariennes. — B, œuf. (Moquin-Tandon.)

ec sa tête
ps com-
xtaposés,
ure qu'on
u corps,

un ver rubané long de plusieurs mètres et dont la tête est armé
qui le distingue du bothriocéphale. Le corps est formé de

1000 à 2000 articles juxtaposés, très petits à la tête et au cou, et au milieu et à la fin de l'animal.

Les figures ci-jointes, empruntées à la *Zoologie médicale* de M. Tandon (1), en feront voir les différences.

Fig. 26. — *Botriocéphale* avec sa tête mince, son cou étroit et le corps formé d'articles isolés plus larges et moins longs que ceux du ténia.

Fig. 27. — Tête du bothriocéphale, large de 2 millimètres et demi, ellipsoïde, obtuse. *a a*, deux fossettes latérales ou orifices buccaux; *b*, cou.

Fig. 29. — A, double appareil sexuel : *a*, orifice masculin avec son spicule; *b*, testicule; *c*, orifice féminin; *d*, matrice avec ses cornes; *e*, oviducte entortillé; *f*, ovaire. — B, œuf.

Fig. 28. Arti bothriocéphale *a*, orifice mâle cule; *b*, orifice

Le *bothriocé* notablement d que ce soit un composé d'artic sés, très nomb vers la tête, pl milieu du corp tingue parce q est plus jaune sa tête garnie settes et dépou chets.

Les accident le ténia et le l sont les mêm caractérisés par *locaux* des voi tels que vomitu tralgie, diarrh mèse, etc., ou nomènes *généraux* et *sympathiques*, tels que contractures,

(1) *Éléments de zoologie médicale contenant la description des animaux de médecine et des espèces nuisibles*. Paris, 1860, in-18, p. 361 et suiv.

es, épilepsie, etc., ou ne provoquent aucun phénomène morbide. En le diagnostic de ces accidents est fort difficile.

pulsion des fragments de l'helminthe par l'anus avec les matières fé- existence des œufs découverts par le microscope avec les matières peuvent seules mettre le médecin sur la voie du diagnostic. Une fois ce du ténia révélée, on emploie contre cet helminthe les mêmes agents z l'adulte.

ait prendre chaque matin, pendant huit jours, 8 à 10 grammes de *le fougère mâle* en poudre dans 120 grammes d'eau distillée de tilleul, heures après un purgatif d'huile de ricin.

rce de racine de grenadier se donne à la dose de 60 grammes dans d'eau qu'on fait bouillir et réduire à un litre, et qu'on administre dans ée. Un peu plus tard on donne de l'huile de ricin. Le *kousso* se donne ent à la dose de 25 à 50 grammes, et produit aussi l'expulsion du ténia, médicament à l'inconvénient d'être très cher.

Hétet conseille la poudre d'écorce ou la poudre de feuilles du vernis du (*Ailontus glandulosa*) à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, et mes chez l'adulte ; on donne ensuite de l'huile de ricin. Trois observa- t été publiées pour établir l'efficacité de ce remède, qui, dit-on, ne fatigue ant que le grenadier ni le kousso. Je l'ai employé une fois sans succès.

ourrait encore employer les *semences de citrouille* (*Cucurbita pepo*) ées par les docteurs Hoaran, Mérat et de Lens, Farneau, etc. Le docteur a même réussi dans certains cas à guérir un ténia qui avait résisté à de racine sèche et fraîche, au kousso, à la fougère mâle, à l'huile de à l'huile de térébenthine, au remède de Chabert, aux pilules de r composées d'aloès et de tanaisie, etc. (1). Il a employé les semences uille, et sa malade a été débarrassée. Voici comment il faut s'y prendre : eille, diète sévère et 40 grammes d'huile de ricin ; le jour, 40 gram- semence de citrouille mondées de leur pellicule, pilées dans un mor- suffisante quantité de sucre ; sur cette pâte une tasse de lait, et deux après 40 grammes d'huile de ricin.

ques heures après, sans douleur ni coliques, le ténia est expulsé dans ier.

CHAPITRE IX.

INVAGINATION DES INTESTINS.

agination intestinale porte aussi le nom d'*intussusception*, de *volvulus us*. Elle est caractérisée par l'introduction spontanée d'une partie n dans la portion continue, adjacente et inférieure. C'est une péné- semblable à celle qu'on produit lorsqu'on retourne un doigt de gant même.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1861.

Cette lésion s'observe très souvent chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Hévin rapporte dans son mémoire sur la gastrotomie que Louis en a vu plus de trois cents cas à la Salpêtrière sur des enfants morts pendant le travail de la dentition ou par suite d'accidents vermineux. Dans ces cas l'invagination s'est formée pendant l'agonie, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, et elle n'a pas eu le temps d'occasionner les symptômes suffisants pour la faire reconnaître.

Dans d'autres cas, l'invagination s'établit presque subitement chez un enfant affecté de diarrhée ou d'entérite aiguë, et il y en a déjà un assez bon nombre d'observations dans la science. Je signalerai ici celles de Monro, Cayol, Billard, Gorham, Mitchell, Clarke, Cunningham, Markwick, Marage, Rilliet, etc., qui sont fort intéressantes à consulter.

L'invagination se présente au jeune âge, avec des caractères anatomiques semblables à ceux qu'on observe chez l'adulte, les symptômes seuls sont modifiés. Le diagnostic est incertain et difficile. La thérapeutique est souvent impuissante.

Il n'y a ordinairement qu'une seule invagination intestinale chez le même enfant. Quand il en existe plusieurs, comme dans les observations de Louis, elles se sont formées au moment de la mort. C'est toujours le bout supérieur qui entre dans l'inférieur, le jéjunum dans l'iléon, celui-ci dans le cæcum, le côlon et le rectum, et cela dans une étendue différente qui varie de 10 à 20, 30 et 40 centimètres.

M. Rilliet (1) a dit que dans la première enfance, l'invagination intestinale s'accomplissait toujours aux dépens du gros intestin, et qu'il n'y avait jamais d'invagination de l'intestin grêle. Cela n'est pas exact. J'ai vu l'intestin grêle invaginé dans la portion adjacente inférieure. M. Taylor en a rapporté un cas observé sur un enfant de vingt mois, qui succomba avec une péritonite aiguë. M. Marage en a observé un autre chez un enfant de treize mois, qui a guéri après avoir rendu le fragment invaginé, garni de deux de ces diverticulums, si fréquents dans l'intestin grêle du fœtus.

L'invagination intestinale peut donc avoir lieu dans le jéjunum et l'iléon. Elle se produit plus ordinairement du cæcum dans le côlon et le rectum. A l'intérieur, mais dans quelques cas, le côlon invaginé dans le rectum peut se montrer au dehors en faisant un prolapsus considérable. En voici la preuve :

Observation I. — *Invagination du côlon dans le rectum et prolapsus extérieur chez un enfant ; réduction*, par M. Gabaret. — X..., garçon de vingt-sept mois, est très faiblement constitué et a présenté quelques lésions scrofuleuses.

Il y a six mois, cet enfant eut une entéro-colite aigue, qui dura un mois, à la suite de laquelle il demeura constipé. Le rectum commence à sortir un peu dans les efforts de défécation.

La constipation devint habituelle ; elle ne fut pas combattue, et la membrane

(1) *Mémoire sur l'invagination chez les enfants* (*Gazette des hôpitaux*, 1853).

euse sortit graduellement au point de faire une saillie de 2 centimètres. La réduisait elle-même le prolapsus.

10 octobre, l'enfant est pris de diarrhée avec ténesme et selles liquides reuses.

14, la diarrhée a diminué.

17, au matin, l'enfant est réveillé par un besoin urgent d'aller à la garde-Une excrétion de matières fécales s'effectue et est immédiatement suivie saillie plus marquée que d'ordinaire de l'anus. Vers midi, le petit malade ait des cris plaintifs et présentait à la région anale un bourrelet saillant volume considérable.

aminée en ce moment, la tumeur paraissait avoir 30 centimètres de lon- et 6 centimètres de circonférence. Légèrement recourbée sur elle-même, sa vité était en avant et sa convexité en arrière. Sa base était étroitement res- dans l'ouverture anale ; il n'y avait que contiguïté de la tumeur avec les s de cet orifice, de sorte qu'on pouvait la circonscrire en portant un stylet elle et le rebord du sphincter ; ce stylet pénétrait profondément dans le n, circonstance qui ne s'observe pas dans le prolapsus.

s tentatives de réduction avec les doigts ayant échoué, le chirurgien eut s à l'emploi d'une longue canule de gomme élastique, portant un renfle- bulbeux assez considérable pour chasser au-dessus d'elle la portion d'intestin née et la soutenir pendant quelque temps.

rentrée de l'intestin obtenue, le chirurgien retira la canule, mais quelques es suivies de défécation reproduisirent l'invagination.

même procédé de réduction mis en usage réussit de nouveau ; cette fois, viter une récidive nouvelle, le renflement de la canule fut laissé à demeure, ant la précaution de fixer la partie inférieure de l'instrument à un bandage ps.

18 octobre, la canule fut retirée, nettoyée et remise en place.

19, l'instrument fut définitivement enlevé.

bains, des lavements de ratanhia furent administrés, on prescrivit le sirop re de fer, et bientôt la guérison de l'enfant fut complète et radicale.

ns les cas ordinaires l'invagination se fait à l'intérieur du côlon et du m sans prolapsus extérieur. Alors la partie invaginée adhère ordinaire- t à la portion invaginante ; elle est comprimée, resserrée, rouge et tumé- au point de rétrécir, et quelquefois d'oblitérer le calibre de l'intestin. La estion sanguine peut y être fort considérable. Elle est quelquefois aussi le d'une inflammation vive, et même de *gangrène*, si le malade a résisté temps aux désordres occasionnés par cette lésion.

nsi M. le docteur Markwick a observé l'invagination du gros intestin un enfant de quatre mois, qui avait présenté des symptômes d'entérite , avec hémorrhagie intestinale considérable ; seulement, la nature des ères changea à la fin de la maladie : le flux sanguin fut remplacé par une ère liquide noirâtre d'odeur gangréneuse, et l'on put voir sur le cadavre ngrène de la portion d'intestin invaginée.

bout d'intestin qui précède la partie invaginée peut ne rien offrir de al. Quelquefois il est distendu par des gaz.

bout d'intestin qui succède à la portion invaginée conserve ses dimen-

sions naturelles, et son intérieur est quelquefois souillé de sang et de membraneux.

La muqueuse de l'intestin est ordinairement le siége d'une phlegm marquée, avec de l'injection capillaire, du ramollissement et de peti rations; il en est de même du péritoine, où l'on trouve des adhére centes, des flocons de fibrine et la sérosité plastique plus ou moins ab

Symptômes.

L'invagination intestinale est caractérisée par des symptômes grave et complexes, qui sont tantôt obscurs, tantôt au contraire fort signifi sont plus ou moins prononcés, selon le degré de l'obstacle apporté a des matières par l'invagination. En cas d'arrêt absolu au cours des m les symptômes représentent bien nettement ceux que détermine l'ét ment; quand l'obstacle est incomplet, les symptômes ressemblent a traire beaucoup à ceux de l'entérite aiguë.

L'invagination détermine toujours de violentes coliques que tradui dehors l'agitation, les mouvements et les cris des enfants. Aussitôt l se ballonne, devient dur et douloureux, et l'on y trouve quelquefois, l'indique le docteur Clarke, une *tumeur allongée*, formée par la porti ginée de l'intestin.

Les enfants sont quelquefois constipés. Plus souvent ont-ils de la d et même de la diarrhée séreuse et bilieuse très abondante. Leurs s sont presque toujours mêlées de stries de sang rouge, et quelquefois de sang pur, ce qui est plus rare. La présence de cette *hémorrhagie nale* est de la plus haute importance pour le diagnostic.

Les enfants vomissent; ils rejettent surtout leurs boissons ou des glaireuses, jaunâtres; ils ne rendent des matières stercorales que lors vagination a intercepté le cours des matières renfermées dans l'intes

Bientôt le visage pâlit, s'altère et se refroidit. Les traits rappellent q fois l'expression de la figure des cholériques. Les forces baissent rapi la prostration s'empare des sujets; leur pouls faiblit et disparaît; p nent des syncopes, et enfin la mort, au bout de trois ou quatre jours.

Chez d'autres enfants, la maladie se prolonge plus longtemps, m missements cessent graduellement, l'hémorrhagie intestinale disp forces reviennent, et la santé se consolide de nouveau, sans expulsi ments d'intestin. M. Rilliet, qui signale cette possibilité de la gué invaginations intestinales, dit qu'elle a toujours lieu de cette m est trop absolu. Il est vrai qu'il en est souvent ainsi, mais cependant, cas qui a été rapporté par M. Marage, et qui a évidemment trait à vienne invagination intestinale, l'enfant a rendu une portion d'intes articulums membraneux dont le dessin a été publié dans l'Union m

Dans un autre cas d'invagination causée par des lombrics, que lin a été rejetée par les selles, et l'enfant a guéri.

ESERVATION II. — *Portion d'intestin rendue spontanément à la suite d'une gination.* — Une petite fille, âgée de neuf ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Pon- , pour se faire traiter d'une dysenterie ; plus tard, ayant rendu plusieurs rics, on lui administra une potion vermifuge qui lui fit expulser 60 à 70 lom- ; l'enfant paraissait revenir à la santé, lorsqu'elle présenta les symptômes e entéro-péritonite violente ; quelque temps après, une tumeur apparut à s, on la réduisit, mais, dans la nuit, l'eschare s'étant détachée, l'enfant t une portion d'intestin que M. Prestat a mise sous les yeux de la Société irurgie. Immédiatement après, une grande quantité de matières fécales, re- s au-dessus de l'invagination, furent aussitôt expulsées. Un changement se manifesta dans la santé de l'enfant, qui put prendre des aliments deux s après.

puis cet accident, cette enfant, dont les parents sont pauvres, a présenté eurs des symptômes d'entérite, parce qu'elle est habituellement mal nourrie, elle s'est parfaitement bien rétablie.

là en peu de mots le tableau des symptômes de l'invagination intestinale. ourra vérifier son exactitude par la lecture des observations ci-jointes :

SERVATION III. — *Invagination des intestins, péritonite ; mort.* — Un on de sept mois entre à l'hôpital Necker avec sa mère, malade d'un abcès in.

elque temps après, l'enfant, qui était fort et bien portant, eut un peu de hée, puis tout à coup il se mit à crier continuellement et à se tordre sur les de sa mère. Le ventre était douloureux à la pression, puis il devint dur et nné. L'enfant cessa d'aller à la garderobe. Bientôt après, il vomit fréquem- des matières glaireuses et des liquides jaunâtres. — Calomel, 10 centi- mes.

deuxième jour, pas de garderobes ; vomissements presque continuels ; le e est dur, ballonné, douloureux ; la face est pâle, amaigrie, les yeux cernés, s, comme dans un cas d'entérite foudroyante ; les extrémités sont refroi- et le pouls à peine sensible.

continue le calomel, et l'on maintient des cataplasmes laudanisés sur le e.

calomel reste sans effet et les lavements sont rendus tels qu'on les a donnés.

troisième jour l'état est le même. Il est impossible de toucher le ventre ; la eut lieu dans la journée.

l'autopsie, nous trouvâmes quelques fausses membranes dans le péritoine ; r d'une portion d'intestin invaginée et dans la cavité péritonéale une cuil- de sérosité limpide, tenant une fausse membrane allongée en suspension. ritoine était injecté en divers points au niveau de quelques anses intesti- adhérentes les unes aux autres. Ces adhérences étaient faibles et peu euses.

0 centimètres du cæcum, existait une invagination du côlon de 6 centi- s d'étendue. Cet intestin était fortement distendu au-dessus de cet ssous il présentait son calibre naturel. La portion invagi lixée dans le bout inférieur par des adhérences. Elle ét , ramollie. Le calibre de l'intestin n'était pas compl it admettre un stylet mousse ordinaire. La muqueu l'une injection assez considérable jusqu'au duodé et un mucus jaunâtre la couvrait dans une grai cum ne présentait rien de particulier.

Observation IV. — *Invagination des intestins, entérite ; mort.* — Un [illegible] enfant, âgé de six mois, est saisi, à la suite d'un léger dévoiement, de [illegible]ptômes d'étranglement ; il crie, donne des signes de souffrance extrême, [illegible] est constipé ; les cris se renouvellent par accès.

A l'examen, M. Cunningham trouve une tumeur profonde dans la région [illegible] gauche ; il reconnaît une invagination intestinale, et prescrit : 1° un [illegible] huileux ; 2° un bain tiède prolongé jusqu'à syncope ; 3° deux sangsues [illegible] tumeur.

Les symptômes ont continué ; les vomissements sont devenus stercoraux, [illegible]fant a rendu du sang par le rectum, et le troisième jour il a succombé.

A l'autopsie, on a trouvé le cæcum et l'iléum invaginés dans le rectum, [illegible] longueur de 6 centimètres. La portion invaginée était noire. Le reste du [illegible] intestinal était enflammé et distendu par la matière fécale et des gaz (1).

Observation V. — *Invagination des intestins ; mort.* — Un enfant âgé de [illegible] mois et trois semaines est saisi, le 13 février 1828, à neuf ou dix heures [illegible] matin, d'agitation violente et jette les hauts cris pendant trois ou quatre [illegible] Dans l'après-midi on lui scarifie les gencives et on lui donne des pouds [illegible] calomel et d'antimoine.

M. Clarke fut appelé le lendemain. Il trouve que l'enfant avait passé une [illegible] fort agitée, et qu'il n'y avait pas eu d'évacuation alvine. En examinant les [illegible]ges, il voit du sang, et la mère lui dit qu'il en a rendu beaucoup toute la [illegible] par le rectum ; de sorte qu'il a fallu le changer cinq ou six fois. La physio[illegible] de l'enfant est extrêmement abattue, comme s'il avait le choléra. Pouls [illegible] faible, pâleur, agitation ; l'enfant se tord par les souffrances qu'il éprouve ; [illegible]domen n'est ni distendu, ni douloureux, ou du moins il ne l'est que peu [illegible]cher. Aussitôt après avoir teté, il vomit ; la peau est froide. M. Clarke [illegible] d'abord à quoi attribuer ces symptômes ; comme cependant il venait d'[illegible] qu'on soupçonnait une bonne d'avoir donné du gâteau à l'enfant, il prescrit [illegible] grains de calomel, à répéter s'ils ne procurent pas de garderobes, et une [illegible] composée de rhubarbe et d'eau de guimauve. Le calomel est rejeté avec [illegible] de la mère. On donne un lavement d'huile de ricin qui paraît soulager ; [illegible] l'enfant n'évacue que du sang et du mucus. Flanelles chaudes aux pieds [illegible] le ventre.

Le lendemain 15, les symptômes empirent : vomissements plus [illegible] agitation plus grande, pouls filiforme ; l'abdomen est un peu ballonné, l'[illegible]ment mucoso-sanguinolent continue, l'urine passe librement.

On appelle M. Streeter en consultation. Ce praticien soupçonne une in[illegible]ception, mais il s'arrête de préférence à l'idée d'une hémorrhagie inte[illegible] prescrit des lavements de térébenthine, une nourriture légère d'arrow[illegible] peu de vin, et, si la faiblesse augmente, quelques gouttes d'éther. L'[illegible] pendant n'a rien pu prendre, et il est mort dans la nuit du 15, [illegible] heures après l'attaque, dans un état d'émaciation très prononcé.

Nécropsie trente-six heures après la mort. — On trouve une [illegible] de fluide séro-sanguinolent dans le péritoine. Les intestins sont réti[illegible] appliqués à l'épine du côté gauche, résultant principalement [illegible]nt. L'examen fait voir que cet intestin en renferme [illegible]. L'intussusception commence à quatre pouces [illegible] le cæcum. La portion invaginée avait passé d[illegible]ement au cæcum et à tout le côlon ascend[illegible] qu'à la portion sigmoïde. Aucune inflamm[illegible]

(1) The London medical Gazette, et Gazette [illegible]

est noir et couvert de mucus ; le reste du canal contient de la matière liquide ; l'estomac est dilaté et offre un bel exemple de l'action émolliente destructive et perforante des sucs gastriques. Les organes de la poitrine sont sains. Le cerveau n'a point été examiné. La pièce pathologique a été présentée à la Société médicale de Westminster (1).

Dans ces observations si curieuses où nous voyons la maladie accusée par des symptômes si graves, il y a cependant une chose qui frappe : c'est l'incertitude de la signification de ces symptômes. Ils appartiennent pour la plupart à la péritonite et à l'entérite, aussi bien qu'à l'invagination intestinale, et dans le premier cas que j'ai rapporté, l'erreur a été complète. J'ai rapporté les accidents à une péritonite qui existait bien en effet, mais qui était consécutive à l'invagination trouvée sur le cadavre et méconnue pendant la vie. Il sera toujours très difficile de diagnostiquer l'invagination intestinale, et *à moins de tumeur dans le ventre ou de prolapsus par le rectum*, comme dans l'observation IV et dans un cas publié par le docteur Penquer (de Brest), en 1861, le diagnostic positif est impossible. En pareille circonstance, il n'y a que des conjectures à établir. Il faut surtout tenir compte de l'hémorrhagie intestinale, qui, sans être caractéristique des invaginations, peut cependant faire soupçonner leur existence.

Le pronostic de l'invagination des intestins chez les jeunes enfants est extrêmement grave ; dès que la lésion apporte un obstacle au cours des matières, elle devient rapidement mortelle. Chez l'adulte, il y en a beaucoup qui guérissent, mais la plupart des nouveau-nés y succombent.

Il ne faut pas, malgré la terrible appréhension que je viens de formuler, se croiser les bras et ne rien faire contre l'invagination. On doit essayer : 1° de rétablir le cours des matières ; 2° de modérer la phlegmasie de l'intestin et du péritoine.

On fait d'abord prendre aux enfants de légers purgatifs d'une force proportionnée à leur âge : le calomel à la dose de 5, de 10 ou 15 centigrammes, et l'huile d'amandes douces à la dose de 20 ou 30 grammes. On donne ensuite des lavements huileux avec 15 grammes d'huile de ricin, ou des lavements purgatifs avec 10 grammes de chlorure de sodium.

M. Mitchell dit avoir réussi une fois en introduisant aussi haut que possible dans le rectum une sonde très flexible de gomme élastique, par laquelle il insuffla de l'air au moyen d'un soufflet de cheminée. La distension de l'intestin qui en résulta fit disparaître le volvulus présumé, les symptômes de l'étranglement, et tout rentra dans l'ordre après plusieurs évacuations alvines.

Un moyen analogue a réussi chez l'adulte entre les mains du docteur Bennaty : c'est l'injection d'une grande quantité d'eau tiède dans le rectum et dans l'intestin au moyen d'une grosse pompe foulante et aspirante à jet continu. Ce sont des moyens à employer.

Dans le cas où existent des phénomènes d'inflammation préalable ou consé-

(1) *The Lancet*, et *Gazette médicale*, 1838.

cutive de l'intestin, il faut les combattre par l'application plusieurs fois réitérée de ventouses scarifiées ou de deux ou trois sangsues sur le ventre, selon l'âge et la force des enfants ; par des bains prolongés pendant une heure, répétés plusieurs fois par jour, suivant la circonstance ; par des cataplasmes simples et laudanisés ; par des boissons émollientes et mucilagineuses ; enfin par de légers narcotiques à l'intérieur.

Reste enfin le traitement chirurgical proprement dit, c'est-à-dire l'ouverture de l'abdomen, pratiquée chez l'adulte et conseillée chez les enfants par M. Rilliet, pour aller à la recherche et au déplissement de l'invagination intestinale. Nous ne croyons pas que le médecin doive y recourir. Ce que nous avons dit de la difficulté et de l'incertitude du diagnostic dans beaucoup de circonstances, doit rendre le médecin fort circonspect, et l'empêcher de s'aventurer dans une pareille thérapeutique.

CHAPITRE X.

DE L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE.

Les hémorrhagies des voies digestives sont assez rares dans la première période de la vie des enfants ; elles sont plus fréquentes chez le nouveau-né que dans les mois qui suivent la naissance. Elles sont le résultat de causes spéciales, faciles à saisir et à grouper, de manière à en faire l'objet de divisions importantes sous le rapport nosographique.

Causes.

1° Quelques-unes de ces hémorrhagies dépendent d'un état particulier de l'économie, état général grave auquel Verlhoff a rattaché son nom, que l'on connaît généralement sous le nom de *pourpre hémorrhagique*, et qui est la conséquence d'une profonde altération du sang.

2° D'autres, ce sont les plus fréquentes, ne s'observent que dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie, et sont rapportées par les meilleurs observateurs à une sorte de congestion passive de tout l'intestin résultant de la compression du fœtus dans le travail de l'accouchement.

3° D'autres ont pour siége principal les follicules du gros intestin, et se montrent en dehors d'une inflammation des tuniques intestinales. Cela est très rare, et, pour moi, je dirai cela est à démontrer ; mais le fait a été signalé par M. Schuller, et c'est pour moi un devoir de le reproduire.

4° Les autres, enfin, sont le résultat de l'invagination ou de la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin. Les observations que je rapporte ici sont les premières que je connaisse, et qui démontrent l'influence de cette dernière cause dans la production d'une hémorrhagie chez des enfants aussi peu avancés en âge.

Première variété. — L'hématémèse et le mélæna qui accompagnent quelquefois le *pourpre hémorrhagique* ont été observés par M. Richard chez une enfant de deux ans, atteinte de cette maladie.

ateur a également rencontré le mélæna chez une fille née
eures. Cette enfant rendait du sang noir avec le méconium.
ntinua de rejeter ainsi du sang par les selles, une ou deux
lant vingt jours; puis l'écoulement diminua un peu sans
plétement arrêté, de sorte que l'enfant affaiblie succomba
de sept semaines.

lapsus du rectum, comme sa sœur aînée, âgée de neuf ans,
taches de pourpre sur les jambes indiquaient la nature de

ervé deux exemples, dont l'un, en particulier, est fort inté-

– Delarue, du sexe féminin, est déposée naissante à la crèche
, le 27 mars 1826. Un bulletin qu'elle portait au bras indi-
iée depuis trois jours; elle était forte et volumineuse, son teint
ue, sa respiration peu développée, son cri à peine entendu:
ieurs étaient œdémateux. La face, le tronc, les jambes et les
ts de pétéchies violacées plus ou moins larges. Leur diamètre
oint assez petit jusqu'à la valeur d'une lentille. La manière
taient disséminées, et les intervalles jaunâtres que présentait
ce cutanée, donnaient au corps un aspect chamarré ou tigré.
rs dans cet état d'inanition, buvant quelques gouttes de lait,
respirant peu. Elle s'éteignit le 29 mars au soir. L'ouverture
e le lendemain.

. — L'estomac est rempli d'une assez grande quantité de sang
sa surface interne, ainsi que celle du jéjunum, sont parsemées
échies semblables à celles de l'extérieur du corps On trouve
tube intestinal des épanchements de sang répandus çà et là,
uqueuse offre, dans les points correspondant à ces épanche-
noses pétéchiales semblables à celles de l'estomac; *la fin de*
ang plus noir et plus diffluent; le gros intestin est le siége d'une
e très prononcée; *il contient à sa terminaison une quantité con-*
sa paroi est épaisse et ferme.

ement volumineuse, est très gorgée de sang; elle présente,
des vaisseaux courts, une rupture oblongue et superficielle, à
elle adhère un caillot de sang assez solide. On trouve dans la
une forte cuillerée de sang dont l'épanchement est le résultat
ture de la rate.

s volumineux et gorgé de sang; une sérosité jaunâtre est infil-
ance propre de l'organe et le feuillet séreux qui le recouvre;
emée de pétéchies, il en existe également à la surface des plè-
res fœtales sont encore libres, les poumons sont engorgés, les
présentent aussi de nombreuses ecchymoses. Le cerveau est le
ongestion.

ire des membres et des téguments abdominaux offre de larges
ng qui les forme est infiltré et coagulé dans les mailles de ce

té des maladies des enfants, p. 106.

Un de mes collègues, M. Gubler, m'a remis une observation se celle que je viens de rapporter.

Observation II. — Un garçon âgé d'un mois eut successivement un une variole discrète, et un pourpre hémorrhagique : il succomba d'a monie. Au milieu de ces accidents, il vomit un caillot de sang noir, e ches étaient tachées par une matière brune semblable à du sang dess quelques points la croûte était facile à recueillir, et l'on pouvait la dé de l'eau, qui prenait une teinte rougeâtre. Ailleurs le linge était mêl p rendu liquide. Tout le corps était couvert de taches de purpura, ce qui bien nettement la cause de l'hémorrhagie. Le sang exhalé dans l'int sorti de ses vaisseaux sous l'influence de la même force inconnue qui a miné l'hémorrhagie du tissu cellulaire et du tissu cutané.

Deuxième variété. — La possibilité des hémorrhagies intestinale ment même ou peu de temps après la naissance, jadis signalée par Fr. Brebis (1) et Lafaurie (2), a été l'objet de recherches plus récentes de Billard (3), de MM. Gendrin (4), Rahn-Escher (5), Kiwisch rier (7), Rilliet (8), etc.

Billard a observé vingt-cinq cas de congestions passives du tube sans hémorrhagie, chez les enfants morts quelques heures ou quel après leur naissance. Nuls symptômes du côté du tube digestif n'ava cet état. Quinze de ces enfants avaient tous les caractères extérieu apoplectique des nouveau-nés, et avaient présenté seulement des s de congestion des poumons et du cœur.

Il n'a observé l'hémorrhagie intestinale passive à la suite de cet tion que chez quinze sujets : huit enfants avaient de 1 à 6 jours; 6 à 8, et trois de 10 à 18 jours. Sur ce nombre il y avait six garçe filles. Le plus grand nombre était remarquable par l'état pléthorique et par la congestion générale des téguments. Quelques-uns, au étaient pâles et faibles, comme on l'est après une hémorrhagie abond tous, les gros vaisseaux, le foie, la rate, les poumons et le cœur étai dérablement gorgés de sang; sur neuf, les ouvertures fœtales étai rées ou sur le point de l'être; elles se trouvaient encore libres chez l Chez tous il y avait au cerveau et au rachis une injection très fort ninges et de la pulpe cérébrale; chez tous, enfin, le tube intestinal du sang que l'on trouvait plus ou moins altéré, rouge pâle, rouge f

(1) *De vomitu et secessu cruento*, etc. (*Acta Académiæ nat. curios.*, vol.
(2) *Annales de la Société de Montpellier*, t. XIX, p. 79.
(3) *Traité des maladies des enfants*, 3e édit. Paris, 18
(4) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1838-18
(5) *Observations sur l'hémorrhagie des prem*
(6) *Apoplexie abdominale des nouve*
(7) *Traité des maladies de l'*
(8) Gazette médicale, 1848

râtre, exsudé en nappe sur la muqueuse, ou accumulé en grumeaux ou en caillots dans diverses parties du tube digestif.

Billard rapporte assez justement ces évacuations sanglantes à l'état de congestion normale de l'intestin des nouveau-nés, lorsque par hasard cet état vient à être aggravé par un obstacle à l'établissement de la circulation, tel que l'état apoplectique, le volume exagéré du foïe, de la rate, etc. Seulement Billard me paraît s'être égaré en considérant ces hémorrhagies comme un accident très grave, presque nécessairement suivi de mort. Il n'en est pas toujours ainsi : M. Rahn-Escher a publié plusieurs exemples de guérison dont l'un surtout est fort intéressant, car il y eut à la fois vomissements et déjections sanguines abondantes chez un enfant qui, au quatorzième jour, était complétement rétabli. Quant aux faits publiés par M. Billiet, leur importance m'oblige à les reproduire, et l'on y trouvera plusieurs particularités dignes de fixer l'attention. M. Billiet n'a vu qu'une fois l'hémorrhagie intestinale chez le nouveau-né, et, dans cette circonstance, c'était chez deux jumeaux, qui ont été très malades, et qui tous deux ont été parfaitement guéris.

Voici ces faits, racontés par l'auteur lui-même :

Observation III. — Le 30 janvier 1846, je fus appelé, à une heure de l'après-midi, pour voir un enfant nouveau-né qui, me disait-on, était dans le plus grand danger. Je recueillis les renseignements suivants de la bouche de la garde ; ils me furent plus tard confirmés par M. le docteur Maunoir.

Ce petit garçon, né la veille à quatre heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été très difficile ; *cependant M. Maunoir avait dû employer le forceps*. Les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes. Le cordon n'offrait rien de remarquable ; il fut lié de la manière et dans le temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force et non pléthorique.

Toutes les fonctions paraissaient à l'état normal. Le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement, à la suite d'une demi-cuillerée à café d'huile de ricin. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis il avait teté avec avidité ; rien en un mot ne pouvait faire supposer un accident quelconque, lorsque la garde s'aperçut en changeant son linge, qu'un reste de méconium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après, l'enfant rendait une deuxième selle abondante de sang pur, liquide et mêlé de caillots ; à une heure de l'après-midi, une troisième selle de sang, riche en couleur : c'est alors que je fus appelé.

Lorsque j'examinai le petit malade, je le trouvai d'une pâleur mortelle. La garde me dit qu'il avait *prodigieusement changé*. Son pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids ; ses yeux étaient habituellement fermés, ainsi que sa bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler, cependant la motilité était conservée ainsi que le cri. Le ventre était assez souple, non tuméfié ; la pression ne paraissait pas douloureuse ; il n'y avait ni vomissements, ni renvois. La bouche, examinée après l'abaissement forcé de la mâchoire, n'offrait aucune lésion ; il n'y avait pas de symptômes nerveux. Je fis appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes ; je prescrivis deux lavements avec une solution de 12 grains d'extrait de ratanhia. Ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une assez grande quantité de sang.

A quatre heures de l'après-midi, l'enfant est dans le même état ; je le vois avec M. le docteur Maunoir, et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (2 onces pour une livre), et des lavements avec 12 grains d'extrait. Ils sont, comme les précédents, presque aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorrhagie de sang liquide et caillé. La sixième selle sanguine a lieu à six heures du soir ; on se contente alors d'appliquer les compresses. Le pouls s'est un peu relevé, 120 ; l'enfant a un léger tremblement de mains et une oscillation des globes oculaires, mais pas de convulsions proprement dites. Le ventre n'est pas ballonné.

De dix heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de huit à dix cuillerées de lait froid, qui passe bien. A huit heures du matin, on le met au sein : il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises ; le pouls est régulier et bien senti. A midi, deux selles peu abondantes, verdâtres, digérées, ne contenant ni sang ni caséum. A une heure, le facies est bon, pas très pâle, le pouls bien senti, à 104 ; il tette facilement et avidement. Le tremblement des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs très flasques.

Le 8 février, à huit heures du matin, il rend deux selles jaunâtres ; pendant la nuit il avait teté à plusieurs reprises pendant deux à trois minutes. Le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. La figure est amoindrie, elle a cette teinte jaune caractéristique des hémorrhagies. Le ventre ne présente d'autres symptômes qu'une matité de trois travers de doigt dans l'hypochondre gauche, sans que l'on sente la rate déborder des côtés.

Ce jour-là sa guérison pouvait être considérée comme assurée, et en effet elle s'est soutenue. L'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement ; mais la pâleur a persisté pendant assez longtemps. A l'âge de six semaines on l'a vacciné, et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lancette, a fourni une assez grande quantité de sang. Aujourd'hui il est dans l'état de santé le plus florissant.

Aucune cause appréciable externe ou interne, héréditaire ou acquise, antérieure, concomitante ou postérieure à la parturition, n'a pu rendre compte de l'invasion de la maladie.

Observation IV. — Le premier enfant était encore dans un état alarmant, lorsqu'à six heures du soir on vint me chercher en toute hâte pour le second, qui vomissait du sang, et qui, immédiatement après, avait rendu plusieurs selles de sang liquide, mélangées de caillots couleur de raisiné, couvrant les langes, et assez abondantes pour que j'en aie pu remplir mes deux mains. Je lui fis donner des lavements de ratanhia, mais ils amenèrent, comme chez son frère, des selles sanguines abondantes. Aussi je me contentai d'appliquer sur le ventre des compresses froides trempées dans une décoction de ratanhia, et d'envelopper les extrémités dans des flanelles imbibées d'une infusion aromatique chaude.

Mêmes symptômes généraux que dans le premier cas ; pâleur, refroidissement, petitesse du pouls, tremblement des membres et du tronc, oscillation des yeux ; pas de développement du membre. Les évacuations sanguines se répètent dans la nuit, mais en diminuant d'abondance. Il y en a encore le 31, à onze heures du matin ; elle est peu abondante : c'est un mélange de sang et de méconium. A une heure il est plus mal que son frère ; le pouls est moins relevé (112), l'assoupissement plus marqué ; il tette moins bien (c'est le matin seulement qu'il a commencé à avaler quelques cuillerées de lait). Il est considérablement amaigri.

1er février, neuf heures du matin. Depuis hier, à une heure encore, deux pe-

selles de sang, la dernière entre cinq et six heures du matin. Il n'a pas eu re d'évacuations normales ; il a pris le sein à plusieurs reprises et avec assez rce, et ce matin en particulier, en ma présence. Le pouls bat 120 ; il y a chaleur partout ; rien de particulier dans les autres fonctions. Dans la rée il commence à avoir des selles jaunes, qui continuent le lendemain ; il l très souvent le sein et avec avidité.

2 février, pouls à 140. Le petit malade a déjà repris une meilleure appa- e ; le visage est moins maigre ; bonne chaleur.

guérison est aussi prompte et aussi complète que celle de son frère.

ette double observation est unique dans la science. Elle ramène forcément rit en arrière sur les idées philosophiques d'une époque médicale qui plus. Elle nous rappelle qu'il fut un moment où les puissances de l'orga- e étaient considérées comme dominant les accidents de sa substance, et i on n'eût pas manqué d'attribuer l'hémorrhagie de chacun des jumeaux même trouble dans le principe de leur développement similaire, si physi- ment appréciable. On eût alors rangé ce fait, comme le veut M. Rilliet lui- e, parmi ceux où, déjà chez des jumeaux, on a vu, dit-on, la maladie loppée sur l'un paraître également chez l'autre. Cependant, quoi que e M. Rilliet, et sans vouloir nuire à sa philosophie, il y a une autre ma- de se rendre compte du phénomène, un peu plus simple, mais également sible. C'est celle que j'adopte. Je crois que dans ce cas de grossesse gé- aire, terminée par un accouchement assez difficile, *à l'aide du forceps*, eu chez ces enfants obstacle réciproque à la circulation dans l'intérieur de rus, pression générale et prolongée au moment des tractions du forceps, nstances toutes semblables à celles déjà connues, dans lesquelles, comme diqué Billard, se produit la congestion passive de l'intestin et la transsu- n du sang dans l'intérieur de ce viscère.

roisième variété. — M. Schuller prétend avoir vu trois fois l'hémorrhagie tinale causée par une maladie toute spéciale des follicules de l'intestin, inflammation des membranes voisines.

n'ai jamais rien vu de semblable, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, ans la dysenterie, la maladie des follicules du gros intestin qui se rap- le le plus de celle dont parle le médecin allemand que je cite, ne lui res- le que par le siége et en aucune façon par la forme. Ce serait donc une die nouvelle à admettre dans les cadres nosologiques, mais je crois qu'il attendre de nouvelles et de meilleures observations avant d'accepter cette équence. Pour tout dire enfin, je crains qu'il n'y ait là une erreur d'ap- iation que l'avenir nous permettra certainement de connaître.

s trois jeunes enfants observés par M. Schuller, un seul avait eu la diar- , encore avait-elle complétement cessé quelque temps avant l'apparition ux sanguin. Les trois enfants, très faibles, furent rapidement épuisés par orrhagie, et ils ne tardèrent pas à succomber.

trouva, dans la partie inférieure du gros intestin, du sang plus ou moins

noirâtre mêlé à des matières fécales. L'hémorrhagie avait pour siége exclusif le gros intestin, elle était accompagnée de petites extravasations sanguines autour de l'anus. La muqueuse du côlon était parsemée de saillies qui variaient en grosseur du volume d'une lentille à celui d'un pois : ces petites tumeurs étaient presque confluentes, à peine séparées par un intervalle d'une à deux lignes. Elles étaient constituées par les follicules isolés de l'intestin remplis de sang.

Quatrième série. — En dehors des circonstances toutes spéciales que je viens d'indiquer et qui expliquent la nature de certaines hémorrhagies intestinales chez de jeunes enfants, il en est d'autres, jusqu'à présent peu connues, qui peuvent conduire au même résultat. Bien qu'elles n'aient pas encore été signalées dans le premier âge, leur influence à une époque plus avancée de la vie n'en est pas moins très positive. Ainsi, on sait que les ulcérations typhoïdes, les ulcérations tuberculeuses, les désordres anatomiques de l'entérite, la perforation d'une artériole par un lombric, la présence d'un ténia, peuvent occasionner une hémorrhagie intestinale ; mais, je le répète, l'intervention de ces diverses causes n'a jamais été constatée chez des enfants du premier âge. J'ai eu l'occasion d'étudier sous ce rapport l'influence de la phlegmasie aiguë et chronique de l'intestin, et je crois devoir mettre ces faits dans une catégorie particulière, en attendant que d'autres faits analogues viennent consacrer l'existence définitive de cette variété d'hémorrhagie intestinale.

Dans ma première observation je signalerai : 1° le fait d'une hémorrhagie intestinale abondante, d'un flux de sang liquide, chez un enfant de quatre mois ; 2° la présence d'une phlegmasie aiguë de l'intestin comme cause de cette hémorrhagie ; 3° le fait de vomissements noirs à un âge où il est si rare de les observer ; 4° enfin la guérison de la maladie dans des circonstances qui ne permettaient guère d'espérer cet heureux résultat.

Voici le fait dans ses détails :

Observation V. — Il s'agit d'une fille de quatre mois, grasse, fraîche et bien développée, nourrie par sa mère, qui se croyait enceinte, et qui attribuait aux modifications inconnues de son lait les accidents éprouvés par son enfant.

Cette petite fille continuait de teter, lorsque subitement elle parut inquiète, agitée, et qu'elle fut prise de diarrhée verte mélangée de grumeaux jaunâtres.

Au bout de deux jours de maladie, l'enfant rendit un peu de sang pur par le rectum. Les selles, très fréquentes, tachaient à chaque fois les couches dans une étendue approximative de 5 centimètres carrés. Des mucosités opalines étaient quelquefois mêlées à ce sang.

Le ventre, à peu près indolent, était ballonné, la langue blanche, picotée de rouge ; il n'y avait pas de vomissements ; la réaction fébrile était presque nulle, et l'extérieur de l'enfant n'indiquait pas un état morbide grave.

Je prescrivis de l'eau de riz gommée, des applications froides sur le ventre et des quarts de lavement d'amidon presque froids.

Le jour suivant, les vomissements peu abondants de matières noirâtres, semblables à de la terre suspendue dans des mucosités filantes, se reproduisent trois fois.

cinquième jour, la face était amaigrie, les traits altérés ; la peau ternie, jaunâtre ; les yeux profondément excavés et flottant incertains dans l'es- les lèvres sèches, couvertes d'un enduit brunâtre, desséché ; la bouche e, la langue blanche, un peu sèche ; la peau refroidie, adhérente au tissu aire endurci, et le corps dans la résolution la plus complète.

s vomissements noirs avaient continué, et au lieu de sang pur, des matières res s'échappaient de l'anus.

fis continuer les lavements froids et ordonnai d'appliquer un vésicatoire à astre.

sixième jour, des convulsions générales vinrent compliquer cet état déjà si La face, les membres et le tronc étaient agités de mouvements convulsifs de cris aigus. Ces convulsions étaient surtout apparentes dans les yeux, oigts et aux orteils.

respiration était irrégulière, presque insensible et de temps à autre mêlée inspiration grande, profonde, et complémentaire des inspirations précé- . Le pouls était à 120.

avait encore eu des vomissements et des évacuations alvines composées tières noirâtres.

s appliquer un second vésicatoire au-dessus du premier. On continua les tions froides sur le ventre et les lavements froids.

huitième jour, les convulsions avaient cessé ainsi que les évacuations de es noires. Plus de vomissements. Diarrhée de matières jaunes.

face prit un meilleur aspect, les yeux semblèrent suivre de nouveau les extérieurs. La chaleur de la peau revint ; elle était moins dure, au tou- ur les membres ; le pouls était à 112 par minute.

jours suivants, l'amélioration continua, la diarrhée disparut, et au dou- our la guérison me parut assez certaine pour permettre l'usage des ali- On donna à boire de l'eau de son pure, puis mêlée à du lait, tout en uti- es lavements amidonnés et les applications émollientes sur le ventre. L'en- guéri.

résumé, c'est à la suite d'une diarrhée de deux jours, accompagnée de es, que l'hémorrhagie s'est manifestée. Pendant quarante-huit heures, g pur est sorti de l'intestin.

bout de ce temps, l'hémorrhagie s'est arrêtée. Le sang contenu dans le igestif, soumis à l'action de la chaleur et des agents chimiques de l'in- s'est converti en une matière noire, où l'on retrouvait encore, au mi- ope, quelques globules de sang framboisés ; une partie a été rejetée par missements et l'autre partie par les selles, au milieu d'un état général lus graves qui devait laisser peu d'espoir, et qui a fini par se dissiper d'une ère fort inattendue.

rès le fait de l'hémorrhagie, chez cette enfant, la chose capitale c'est la son. Qu'il faille en faire honneur au peu d'étendue des altérations ana- ques de l'intestin, ou au contraire à l'influence des agents thérapeutiques n usage, peu importe ; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la son s'est maintenue, et que depuis lors l'enfant a vécu en très bonne

SERVATION VI. — Une autre observation est relative à une fille de neuf moi

malade depuis longtemps, affectée d'entérite chronique simple. Dans les trois derniers jours de son existence, cette enfant rejeta par les selles des matières noires semblables à de la terre mêlée à du blanc d'œuf, et çà et là on voyait quelques stries formées de sang pur. La mort survint au milieu des convulsions.

J'ai vu depuis lors deux autres faits du même genre à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, pour les enfants, mais dans ces cas l'hémorrhagie, résultat d'une entérite aiguë, était peu abondante, quoique persistante, et cette complication n'a pas empêché les enfants de guérir.

Ainsi nous voyons qu'il existe déjà, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, plusieurs variétés d'hémorrhagies intestinales que l'on peut rapporter, soit à la constitution morbide accidentelle des enfants, comme dans le pourpre, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on veuille se faire de la nature de cette maladie, soit à un accident, comme à la compression du cordon ou du fœtus entier dans le travail de l'accouchement, soit enfin au travail ulcérateur et corrosif des phlegmasies aiguës ou chroniques de l'intestin, aux polypes du rectum et à des fissures anales.

Tout le sang qui sort des vaisseaux ne s'écoule malheureusement pas hors de l'intestin, il peut y séjourner, s'y accumuler, ce qui rend fort périlleuse la situation des malades. C'est ce qu'on observe souvent dans l'hémorrhagie intestinale des nouveau-nés, aussi la mort est-elle ordinairement, mais non toujours, comme l'a dit Billard, la conséquence de cet accident.

Le sang peut sortir de l'intestin par le rectum ou par la bouche, s'il est chassé par des efforts de vomissement. Le fait, quoique rare, a cependant été observé, et il s'explique naturellement par le siége de l'hémorrhagie dans l'estomac ou dans la partie supérieure du canal alimentaire.

Le sang expulsé par les selles ne conserve sa couleur rouge, vermeille, que s'il est rejeté au moment ou peu après la sortie des vaisseaux, mais s'il séjourne dans l'intestin, il se corrompt et s'altère ; il subit un commencement d'altération, il se digère en quelque sorte, et pour peu qu'il vienne des parties supérieures du tube digestif, il est rendu noir, quelquefois encore reconnaissable, mais le plus souvent transformé en matière noirâtre semblable à de la terre délayée dans de l'albumine, et où l'on retrouve, avec le microscope, quelques globules sanguins altérés.

Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, d'indiquer les moyens de reconnaître le siége précis d'une hémorrhagie intestinale. La difficulté est, à cet égard, la même chez l'enfant que chez l'adulte, et tous les efforts tentés jusqu'à présent pour arriver à un bon résultat sont restés inutiles.

Les hémorrhagies des nouveau-nés, dues à la congestion passive de l'intestin, sont en général très abondantes, et le sang sort de l'intestin à l'état liquide et avec sa couleur noire. L'écoulement est moindre dans les cas d'hémorrhagie que nous avons rapportés au pourpre. Il a été considérable, au contraire, dans l'hémorrhagie que nous avons vue coïncider avec une entérite aiguë. Le sang avait des caractères particuliers qui sont peut-être spécifiques

ariété d'hémorrhagie; c'est ce que l'observation ultérieure pourra dé-
Le sang était rouge et vermeil, au lieu d'être noir, comme dans les va-
précédentes ; il tachait assez largement et assez abondamment le linge.
i peut faire croire que dans ce cas l'hémorrhagie a été forte, c'est que,
urs jours après la cessation, l'enfant rendait encore des matières noirâ-
ormées de sang à demi digéré.

dangers qui résultent de ces hémorrhagies chez de jeunes enfants sont
à prévoir. La nature des causes déterminantes ajoute encore à la gra-
e l'accident. Il est d'autant plus grave que les enfants sont moins avancés
e. Cependant, la guérison est possible ; mais, comme nous l'avons dit,
st fort rare, et l'on ne saurait employer trop de soin pour l'obtenir.

indications thérapeutiques reposent sur la connaissance exacte de la
e même des causes de l'hémorrhagie. Chaque variété exige l'emploi de
ns spéciaux et opposés. Ainsi, le traitement de l'hémorrhagie intestinale
urpura est entièrement opposé au traitement de l'hémorrhagie causée
ne *phlegmasie aiguë* ou par un polype du rectum. Dans le premier cas,
agir au moyen des toniques, et dans le second, c'est aux antiphlogis-
ou au chirurgien qu'il faudra recourir. Il en est de même pour toute
cause qu'on pourrait invoquer.

hémorrhagies qui se rattachent au *purpura* doivent être combattues
ement par les astringents et les hémostatiques; *indirectement*, par les
les généraux, toniques, tels que l'eau rougie sucrée; le sirop de gen-
le sirop antiscorbutique, le sirop de quinquina, à la dose de deux cuil-
à bouche dans les vingt-quatre heures; la *quinine brute* à la dose de
ntigrammes, par jour, dans du sucre.

hémorrhagies causées par la congestion passive de l'intestin au moment
naissance réclament un traitement un peu différent. Les hémostatiques
e vais parler tout à l'heure trouvent ici une application, comme dans le
écédent, mais c'est le traitement général qui n'est plus le même. Lors-
enfant est pléthorique, et que tous les tissus paraissent gorgés de sang,
t au moment de la naissance qu'a lieu l'hémorrhagie, il faut laisser
le cordon avant d'en faire la ligature ; plus tard, quand on ne peut
gir par le cordon, il faut mettre une sangsue à l'anus, ou deux par excep-
si la première n'a pas produit de dégorgement, car à cet âge, deux sang-
qui coulent abondamment peuvent produire un mal irréparable. Lorsque
t n'a aucun signe extérieur de pléthore, et n'a rien de l'état dit apoplec-
il faut bien se garder de recourir aux émissions sanguines, qui ne sont
otivées et qui n'auraient d'autre résultat que d'ajouter, à la faiblesse pro-
par l'hémorrhagie intestinale, celle qu'elles occasionnent habituellement
es-mêmes.

s l'hémorrhagie causée par la phlegmasie aiguë ou chronique de l'in-
on ne peut guère songer à l'usage des sangsues. Ces phlegmasies con-
t presque toujours des maladies adynamiques, et si l'hémorrhagie se

présente dans leur cours, c'est à une période avancée, à la période d'ulcération, lorsque la faiblesse est extrême, et où, par conséquent, les antiphlogistiques sont rarement indiqués. C'est à l'aide des astringents acides ou styptiques qu'il faut les combattre, médicaments qui trouvent aussi leur application dans les autres variétés d'hémorrhagie précédemment décrites. Ce sont les *moyens hémostatiques* proprement dits.

A ce titre, on peut donc employer, dans les diverses espèces d'hémorrhagie intestinale des petits enfants, l'eau froide à l'extérieur du ventre, à l'intérieur par la bouche, ou en lavements fréquemment répétés. Ces lavements doivent être composés de deux ou trois grandes cuillerées à bouche seulement. On peut les rendre plus actifs avec 20 centigrammes de tannin, ou avec 50 centigrammes d'extrait de ratanhia, ou 50 centigrammes de cachou, ou enfin avec 5 centigrammes de nitrate d'argent. Alors, il faut employer une petite seringue de verre et de l'eau distillée, afin d'éviter la décomposition prématurée du médicament.

L'extrait de ratanhia, de cachou, le tannin, l'acétate de plomb, peuvent être donnés à l'intérieur, mais avec de grands scrupules, eu égard à l'âge tendre des enfants, et aussi sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui doit, en quelques circonstances, empêcher leur emploi. Il faut s'abstenir de leur usage dans l'hémorrhagie intestinale passive avec état apoplectique. Ils peuvent être employés, au contraire, dans presque toute autre occasion, à la dose de 5 centigrammes par 60 grammes de véhicule pour le ratanhia, le cachou et le tannin, et de 1 centigramme pour l'acétate de plomb.

L'eau de Brocchieri et l'eau distillée de pin, l'eau de Tisserant, à la dose de trois cuillerées par jour, l'huile de térébenthine à la dose de 5 à 6 gouttes dans de l'eau sucrée toutes les heures, sont infiniment utiles.

Quant aux polypes du rectum, il faut les faire sortir à l'aide d'un lavement, d'un purgatif ou d'une érigne, puis jeter une ligature autour du pédicule, et faire l'excision au delà, d'après les règles indiquées dans les traités de chirurgie.

CHAPITRE XI.

DES HERNIES DE L'ABDOMEN.

Les hernies de l'abdomen, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, sont assez fréquentes; elles sont *congénitales* ou *accidentelles*, et ont pour siége l'*ombilic* ou l'*anneau inguinal*.

1° De la hernie ombilicale.

La *hernie congénitale de l'ombilic*, désignée sous le nom d'*exomphale*, d'*omphalocèle* ou d'*éventration*, est caractérisée par la présence d'un sac

s ou moins volumineux situé au nombril et rempli par une ou plusieurs es intestinales. C'est quelquefois le cordon faiblement dilaté à sa base qui me le sac ; dans ce cas, il faut faire grande attention, au moment de la naiss-ce, pour ne pas comprendre dans la ligature l'anse d'intestin qui fait nie. Ailleurs, la tumeur, également située à la base du cordon, est si volu-neuse, qu'il n'y a pas à songer à en faire la ligature, car elle comprend une tie de la paroi antérieure de l'abdomen. Elle est transparente et laisse voir intestins qu'elle recouvre ; semblable à un globe de verre surajouté au tre, sa chute fait prévoir une épouvantable solution de continuité du ventre, es enfants sont voués à une mort presque certaine. Il n'en est cependant toujours ainsi ; car MM. Requin et Margariteau ont chacun vu guérir un nt né avec une exomphale du volume du poing.

. Chez l'enfant observé par M. Requin, la tumeur était réductible et formée les enveloppes transparentes de la base du cordon. Après la rentrée des in-ns, on pouvait affronter les bords opposés de l'ouverture ombilicale, et l'en-cessait de souffrir et de crier.

ne prit qu'une faible alimentation dans les premiers jours qui suivirent la sance, puis il eut quelques évacuations de méconium.

a tumeur, qu'on avait couverte d'un taffetas ciré arrosé d'huile d'amandes es, augmenta de volume, devint irréductible, et ses parois offraient tous les omènes d'une péritonite au moins locale. Cette phlegmasie fit des progrès ; ant dépérissait, et fut pris d'une diarrhée abondante qui l'exténuait de plus lus. Au onzième jour, le dévoiement s'arrête, l'enfant est plus calme, la eur s'affaisse, une portion est gangrenée, l'autre suppure ; enfin, au vingt et me jour, il n'y a plus de tumeur qui dépasse l'ombilic ; l'enfant a repris des es et de l'embonpoint, et, après cinquante jours, la plaie ombilicale, de circu-, est devenue oblongue, n'a plus qu'un pouce de long sur 6 lignes de large, outes les fonctions de l'enfant s'accomplissent d'une manière satisfai-e.

. L'enfant observé par M. Margariteau venait de naître. Il était fort et bien ormé dans le reste de son corps. Le cordon reposait sur une tumeur de la ension et de la forme d'un gros œuf de poule, le grand axe dirigé transver-ment. Les parois de cette tumeur, constituées par une membrane gélatineuse même nature que celle du cordon, remplaçaient la peau et la couche muscu-e qui constitue la région ombilicale : c'était la continuation du cordon, i qu'on l'observe sur les fœtus au quatrième ou cinquième mois de la vie yonnaire.

a distance qui séparait les deux bords normalement développés des parois ab-inales était si grande, qu'il n'y avait pas à intervenir, et l'on abandonna cette ormation à elle-même, en se contentant de couvrir la tumeur avec un plu-seau de charpie enduit de cérat et en contenant la paroi abdominale avec bandage. Le cordon et l'ampoule ombilicale tombèrent au vingtième jour ; élimination s'était faite lentement, et au pourtour de cette membrane gélati-se il s'était opéré un travail de cicatrisation qui avait prévenu l'issue de la se intestinale.

'enfant a eu huit ans en 1855 ; il a toujours joui d'une excellente santé. proéminence ombilicale est beaucoup moins prononcée qu'à la naissance, e à ce travail de cicatrisation, qui s'est consolidé de jour en jour. Ses di-sions, aujourd'hui, sont : de droite à gauche, 8 centimètres ; de haut en

bas, 6 ; d'avant en arrière (saillie), 3 centimètres et demi. Il n'y a pas d'ombilic ; on voit des cicatrices linéaires qui, du centre de la tumeur, rayonnent à la circonférence.

La *hernie ombilicale accidentelle* s'observe plus ou moins longtemps après la naissance chez les enfants qui crient beaucoup. La cicatrice cutanée ombilicale s'écarte de la cicatrice profonde, et forme une petite ouverture ou éventration par laquelle sortent les intestins au moment du cri et des efforts. Cette hernie, entièrement réductible, couverte par la peau, offre le volume d'une petite noisette, et s'allonge quelquefois de 2 centimètres. Le doigt qui la déprime pénètre facilement dans l'ouverture ombilicale.

La hernie ombilicale accidentelle a peu d'inconvénients, et ne fait pas souffrir les enfants. C'est une lésion qui inspire des craintes pour l'avenir, parce qu'elle peut persister, s'agrandir, et donner lieu plus tard à des accidents d'étranglement, chose cependant fort rare dans cette variété de hernie.

Il faut donc chercher à guérir les enfants de la hernie ombilicale, d'autant plus que c'est en général chose facile. Quand la hernie est congénitale et peu volumineuse, il faut, en faisant la ligature du cordon, repousser les anses intestinales contenues dans le sac, et, après la chute du cordon, maintenir sur l'ombilic une petite pelote compressive au moyen d'agglutinatifs.

La hernie ombilicale accidentelle se guérit toujours par la compression au moyen de compresses graduées maintenues avec un bandage de corps, ou d'une pelote d'amadou fixée dans de la toile, ou d'une pelote conique remplie de son, grosse comme une noisette, et tenue en place par une bandelette de diachylon ; ou, enfin, d'une bande élastique de caoutchouc ordinaire ou tissé, ayant un relief au niveau de la hernie. Les bandages à ressort métallique sont douloureux, et ne remplissent jamais si bien les indications à remplir que les appareils dont je viens de parler, et il faut les repousser complétement de la pratique pour les enfants.

Lorsque cette compression est bien faite et continuée pendant quelques temps, sous son influence et avec l'accroissement et l'embonpoint que prennent les enfants, le tissu cellulaire des parois abdominales se fixe à l'ombilic et des adhérences s'y établissent ; le sac herniaire disparaît, et une dépression cutanée succède à la tumeur ombilicale.

On a dernièrement proposé un moyen fort ingénieux destiné à remplacer la compression. C'est au docteur de Mahy qu'on le doit. Il consiste à mettre une couche de *collodion pur*, sans addition de térébenthine ou d'huile de ricin, sur la hernie et à en renouveler l'application tous les huit jours ou dès qu'elle se fendille ou se détruit. Dans un premier cas la guérison s'est accomplie en six semaines, et dans l'autre, publié par M. Pradier, il n'a fallu que douze jours pour l'obtenir. Le collodion resserre la peau en la faisant rentrer dans l'anneau ombilical, et il n'empêche aucun des soins de propreté qu'on donne aux enfants.

2° Hernie inguinale.

nguinale est infiniment plus rare que la hernie par l'ombilic; ie toujours congénitale, très rarement accidentelle, et se montre t chez les garçons. Cependant Billard en a rapporté un exemple ; mais c'était une *hernie congénitale de l'ovaire*. Voici le fait.

I. — Joséphine Romer, âgée de dix-sept jours, entra le 12 sep- irmerie. Elle est forte et paraît douée d'une bonne constitu- re est légèrement tendu ; il existe à la région inguinale gauche une lie, grosse comme une aveline, un peu dure au toucher, ne pou- dans l'abdomen par le taxis, ne diminuant pas par la pression et pas par les cris de l'enfant. Elle se dirigeait obliquement vers la u même côté, mais n'arrivait pas encore jusqu'à elle. En considé- on de cette tumeur, on pouvait être porté à croire qu'elle était e hernie inguinale congénitale ; mais le sexe de l'enfant ne permit l'admettre cette supposition. Il suspendit son jugement, et, vingt- , l'enfant était mort de pneumonie ; il put rechercher anatomique- et la cause de cette tumeur.

était réduit au demi-marasme ; il y avait une injection très mar- ntestinal, une inflammation des follicules du gros intestin, et une ès prononcée du poumon droit à son lobe inférieur et à son bord

herniaire était formée par l'*ovaire gauche descendu par le canal et nal*, qui étaient beaucoup plus larges qu'ils n'ont coutume de l'être s filles. La matrice, attirée par son ligament rond et par l'ovaire ie, était déviée de sa position naturelle et s'inclinait vers le côté essie. Le rein gauche, au lieu de se trouver sur le même plan que opposé, était tiré en bas par le tissu cellulaire qui l'enveloppe et péritoine qui avait des connexions avec l'orifice du sac ; l'artère ales avaient cédé à ce tiraillement, et s'étaient allongées et rétré- emps; enfin l'ovaire et le pavillon de la trompe, un peu rouges et s, étaient logés librement au fond du sac formé par un prolonge- ine avec la cavité duquel il communiquait. Il n'y avait point de intestinales adhérentes aux parties voisines, et l'ovaire du côté ns sa situation habituelle.

nt avec soin le ligament rond de l'utérus, du côté où existait la qu'il était beaucoup plus court que celui du côté opposé, et qu'il ans l'épaisseur de la grande lèvre par une expansion aponévro- de s'y perdre en filaments déliés, comme cela s'observe le plus ; de sorte qu'il paraîtrait que ce ligament, plus court et plus soli- x grandes lèvres que cela ne s'observe toujours, aurait d'abord ion de la matrice, et par suite l'entraînement de l'ovaire à travers nal. Il est donc résulté de cette adhérence vicieuse que toutes les bles et mobiles du côté gauche de l'abdomen, qui avaient des con- tinuité ou de contiguïté avec les parties herniées, ont elles-mêmes côté de la hernie, parce qu'elles n'ont pu s'écarter les unes re le mouvement d'ampliation de l'abdomen pendant le dév fant dans l'utérus.

M. Guersant a rencontré plusieurs faits de ce genre, et une fois il s'est trompé sur la nature de la tumeur, à ce point qu'ayant voulu en pratiquer l'extirpation, il a ouvert le péritoine et occasionné une péritonite mortelle. Une autre fois il a observé une petite fille âgée de trois ans, atteinte de deux tumeurs inguinales, dont la première datait de six mois. Ces deux tumeurs ont depuis lors fait des progrès notables, surtout celle de droite, qui a aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon. Le siége de ces tumeurs est exactement celui des hernies inguinales; elles s'avancent inférieurement jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre. Toutes deux sont solides, et présentent même une consistance assez ferme. La tumeur du côté gauche est réductible. Celle du côté droit est beaucoup trop volumineuse pour pouvoir rentrer dans le ventre à travers l'anneau et le canal inguinal. Cette dernière est douloureuse, surtout au toucher ; elle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelque temps. L'enfant éprouve des coliques fréquentes; mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. C'était un exemple de hernie ovarique.

A l'exception de ces faits de hernie inguinale formée par l'ovaire, il n'y a pas de hernie congénitale et inguinale formée par l'intestin chez les filles nouvellement nées.

Elles s'observent toutes chez des garçons, et sont le résultat de la sortie du testicule, qui de l'abdomen se rend dans la tunique vaginale en poussant le péritoine au-devant de lui. Ordinairement la gaîne formée par le péritoine se ferme au niveau de l'anneau inguinal et intercepte toute communication entre le testicule et l'abdomen. Mais quand cette occlusion n'a pas lieu, il en résulte un sac communiquant avec le ventre, et dans lequel peuvent se rendre l'épiploon ou les intestins et du liquide. C'est là le mécanisme du développement de la hernie inguinale des nouveau-nés.

Cette hernie n'existe pas toujours au moment de la naissance, et peut se développer au bout de quelques jours seulement, sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant. Dans cette circonstance, la disposition anatomique dont nous venons de parler existe encore et favorise la sortie des viscères. Il y a même des cas assez rares où, sans hernie, on a trouvé peu après la naissance cette communication de l'abdomen et de la tunique vaginale.

A. Cooper a vu deux faits plus particuliers dans lesquels, après fermeture de la tunique vaginale au niveau de l'anneau, les viscères avaient pressé sur la cicatrice en la refoulant dans les bourses et formant un sac artificiel; mais cela ne peut avoir lieu que quelque temps après la naissance. Hunt a opéré une hernie de cette espèce chez un enfant de vingt jours, et Lawrence chez un de quatorze. Ces cas rentrent dans l'histoire des hernies inguinales accidentelles.

La *hernie inguinale et congénitale* est plus grave que la hernie par l'ombilic. Elle est plus douloureuse et devient souvent l'occasion de coliques pour

enfants. Beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, me 40 est à 4, elle donne beaucoup de peine pour la maintenir, et sa rison est très difficile. Elle n'est jamais l'origine d'accidents graves.

a *hernie inguinale accidentelle* acquise plus ou moins longtemps après issance est au contraire fort dangereuse, et même tout aussi dangereuse celle de l'adulte ; elle peut occasionner l'engouement et l'étranglement scère, d'où les vomissements, la constipation, la péritonite et la mort, ents qu'il faut conjurer par une opération fort grave, qui est celle de la *e étranglée.*

engouement d'une hernie inguinale a été observé chez un enfant de six et simule tout à fait l'étranglement herniaire. Ainsi M. Goyrand (d'Aix) t mépris, et comme d'ailleurs les circonstances étaient pressantes, que is était sans résultat, il fit l'ouverture du sac pour faire rentrer le côlon e hernié et rempli de matières stercorales dures. — Après cette opéra- cours des matières se rétablit, mais l'enfant mourut au bout de qua- — huit heures.

Étranglement s'observe quelquefois. M. Piachaud en a observé un ple sur un enfant de dix mois qu'il a opéré et guéri. En voici deux autres s, l'un par M. Neucourt (1), et l'autre par M. Ravoth (de Berlin) (2).

SERVATION II. — On m'appela précipitamment, dans le courant du mois 1850, pour visiter l'enfant de M. B... A mon arrivée, l'enfant, âgé d'un en constitué, poussait des cris aigus. Les parents me racontèrent que ces duraient depuis quelques heures, et qu'après bien des recherches, ils ent aperçus que l'aine gauche était tendue et douloureuse : jusqu'à présent, avait rien eu d'anormal à cette région. Je vis, en effet, que l'aine de ce tait soulevée par une tumeur grosse comme le doigt, dure, douloureuse au er, se continuant manifestement avec le canal inguinal. Les deux testicules t descendus. L'enfant avait vomi à plusieurs reprises de la bouillie, ce qui était pas ordinaire : pas de selle. L'apparition subite de la tumeur, sa forme, leur à la pression, me firent penser que j'avais affaire à une hernie ingui- que je comptais réduire immédiatement. Les tentatives furent très doulou- s, et, contre mon attente, le taxis pratiqué méthodiquement ne produisit Je procédai avec plus d'attention, et, après des tentatives assez longues, je la tumeur céder un peu sous le doigt en s'amollissant ; j'entendis un léger uillement, et quelques pressions firent tout rentrer. L'enfant s'apaisa ôt.

pliquai une bande et une compresse, et je prescrivis un lavement.

lendemain, tout était bien. Je fis appliquer une bande avec pelote pendant urs mois, par précaution ; au bout de deux mois, il n'y avait plus trace de .

SERVATION III. — *Opération de hernie étranglée sur un enfant de quatorze* par le docteur Ravoth (de Berlin). — La hernie était congénitale, ingui-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1859.
(2) *Union médicale*, 1860.

nale, du côté droit, n'avait été retenue que depuis le sixième m bandage avait beaucoup de peine à l'empêcher de sortir, parce qu'el venue très volumineuse. Une excoriation déterminée par la pelote fi bandage momentanément ; la hernie sortit et ne tarda pas à s'étrangle souvent déjà pratiqué par la mère et le bandagiste, n'eut pas de résul voth, appelé quarante-huit heures après l'accident, ne fut pas procéda, quatre heures plus tard, à l'opération. La hernie occupait to tum, qui avait le volume d'un petit poing d'homme. L'incision fut fa deux artères peu volumineuses furent immédiatement liées pour laisse moins de sang possible. Le sac herniaire ne fut pas ouvert, mais, a mis à nu, on arriva immédiatement à l'anneau inguinal ; on se content later avec un petit crochet mousse, en même temps que l'on pratiqua Cette manœuvre fit rentrer facilement l'intestin. En examinant encor l'anneau inguinal, on y découvrit l'appendice vermiculaire sous la fo petite anse, et on le repousa sans difficulté. L'opération ainsi que l ments suivants furent faits pendant le sommeil chloroformique. Les l'opération furent simples et sans accidents notables ; la moitié de l ferma par la première intention, mais le cinquième jour la hernie se r sous l'influence des cris de l'enfant, et décolla les lèvres réunies de la fit alors un pansement simple journalier, mais l'intestin avait une ex dance à sortir de nouveau. Néanmoins la plaie était fermée le vingt jour, et un bon bandage a pu être appliqué peu à peu, avec beaucoup d tions.

M. Ravoth établit en principe d'appliquer un bandage aussitôt qu dans les cas de hernie congénitale. Cette affection cause beaucoup d nients aux enfants ; ils souffrent de coliques, sont sujets à des altérati ques qui agissent défavorablement sur leur nutrition et leur développ hernie tend toujours à s'accroître, ce qui la rend difficile à contenir les chances d'une guérison radicale ; le testicule et le cordon sperma vent en souffrir ; enfin, la hernie peut s'étrangler et nécessiter une ordinairement mortelle (1).

Il faut prendre garde aussi de se tromper sur la sortie du testi importe de ne pas confondre les tumeurs inguinales formées par l avec la hernie inguinale proprement dite. Cela se fait assez souv plusieurs fois enlevé des bandages mécaniques mis sur des testicule dans l'anneau et considérés comme des descentes, c'est-à-dire co hernies inguinales. On sait que le testicule n'est pas toujours dans l au moment de la naissance, et qu'il y descend plus ou moins tardive conséquence, il n'y a pas lieu à reconnaître une hernie tant que c n'a pas pris la place qu'il doit occuper. Dans le cas où le testicule p cendu, il faut encore faire attention à ne pas prendre une anse i pour le testicule, et *vice versâ*. Pott a failli s'y tromper ; car il de très jeunes enfants une portion d'épiploon ou d'intestin descen le scrotum, alors que le testicule était encore à l'anneau et mêm ventre.

Parmi les tumeurs qui peuvent être confondues avec la hernie ing

(1) *Monatschr. für geburtsk*, septembre 1858.

faut encore citer l'*hydropisie enkystée du cordon*. En voici deux exemples publiés par M. Neucourt (*loc. cit.*).

Observation IV. — Un garçon de quatre ans, très gras, d'une excellente santé, présentait depuis quelque temps une tumeur à l'aine qui, en grossissant, attira l'attention des parents.

Je le vis pour la première fois en mars 1850. Cette tumeur partait de l'aine du côté droit et s'étendait inférieurement à peu près d'un pouce. Elle était très dure, présentant une sorte d'élasticité très résistante, complétement indolente. Comme elle avait toutes les apparences d'une hernie, je tentai la réduction ; mais quoique les pressions ne fussent pas douloureuses, la tumeur fuyait sous le doigt et conservait une fixité remarquable.

En remontant, on ne sentait aucune apparence d'ouverture à l'anneau inguinal ; les efforts de la toux ne retentissaient nullement dans la tumeur ; le testicule était descendu des deux côtés. L'enfant ne se plaignait de rien, il n'avait pas de coliques, et continuait à jouir d'une excellente santé. J'avoue que j'étais dans une grande incertitude, trouvant les signes négatifs d'une hernie et n'étant pas sûr d'avoir affaire à une hydropisie enkystée du cordon. Je fis coucher l'enfant et je le tins au lit pendant deux jours. La tumeur ne disparaissait nullement et conservait le même volume.

Je dois dire à ma honte que ce n'est qu'après quelques jours que je songeai à l'emploi d'un moyen décisif par lequel j'aurais dû commencer, c'est-à-dire l'examen de la tumeur avec une lumière. Immédiatement je constatai sa transparence, ce qui leva toutes mes incertitudes. Je fis alors lever l'enfant et l'on maintint sur la tumeur des compresses imbibées d'alcool du commerce. Au bout de dix jours, la tumeur avait diminué d'un tiers. On continua, et elle diminua de plus de moitié. Les parents étaient rassurés, c'est pourquoi on suspendit les compresses pendant quelque temps. La tumeur continua à diminuer ; au mois de mai il n'en restait que quelques traces.

Observation V. — Un homme de la campagne m'amena son fils âgé de huit ans, qui portait dans l'aine droite une tumeur que l'on croyait être une descente. Cette tumeur était oblongue et arrondie, partant du canal inguinal, non douloureuse au toucher, absolument irréductible, soit debout, soit couché. Il n'y avait pas d'apparence d'ouverture au canal inguinal, et la toux ne retentissait nullement dans la tumeur. Ces signes me firent déjà penser que je n'avais pas affaire à une hernie : éclairé par le premier cas cité plus haut, je n'omis pas l'examen immédiat à la lumière. La tumeur était très manifestement transparente, ce qui fixa le diagnostic.

Prescription. — Compresses d'alcool du commerce constamment sur la tumeur.

Dix jours après, on me ramena l'enfant : la tumeur était beaucoup plus molle et moins volumineuse. Continuation du traitement.

La tumeur ne tarda pas à disparaître complétement ; mais en octobre 1850, six mois après mon premier examen, on me ramena l'enfant, qui n'avait plus son hydropisie enkystée du cordon, mais une hydrocèle bien caractérisée. Je fis appliquer des compresses d'alcool et tout disparut rapidement.

On voit que l'hydropisie enkystée du cordon présente une tumeur allongée, résistante, dont le siége est précisément le même que pour la hernie ingui-

nale, mais elle s'en distingue par son élasticité, son irréductibilité. Tandis que la hernie est molle, augmente ou diminue de volume, selon que l'enfant crie ou reste en repos, diminue ou disparaît complétement par la pression ou par la simple position horizontale, l'hydropisie enkystée ne se réduit que très imparfaitement et ressort immédiatement; les cris et les efforts de l'enfant n'y retentissent pas comme dans la hernie; enfin, et ce signe est de la plus haute importance, l'hydropisie enkystée est transparente comme l'hydrocèle lorsqu'on l'examine entre l'œil et une lumière.

Je ferai remarquer, en passant, les effets très avantageux de l'alcool pur, qui a amené une résolution complète dans les deux cas.

Le traitement des hernies inguinales de l'enfant, qu'elles soient *congénitales* ou *accidentelles*, consiste dans une compression méthodiquement exercée.

On sait que, en raison de la nature particulière de la hernie inguinale chez l'enfant, laquelle provient le plus souvent de la persistance du canal inguinal, qui établit une communication entre le péritoine et la tunique vaginale, un certain nombre de ces hernies se guérissent spontanément, et d'autres par un traitement approprié, en raison des progrès de l'âge, qui tendent à fermer ce canal et à détruire le parallélisme des ouvertures interne et externe. Cependant il n'est pas très rare de voir cette infirmité dater de l'enfance et persister lorsqu'on la néglige. Elle peut alors donner lieu à tous les accidents de la hernie chez l'adulte.

Les moyens employés pour arriver à la guérison sont les bandages à pelote et ressort, le spica, le bandage de futaine. Les bandages à ressort sont d'une application très difficile dans l'enfance; ils se déplacent continuellement, et l'on ne peut compter sur la docilité de l'enfant pour obtenir par son moyen une compression permanente. Le bandage de futaine, composé d'une pelote, d'une ceinture et d'un sous-cuisse, maintient encore plus mal. Le spica ne peut seul comprimer suffisamment dans le creux de l'aine. Boyer rejette ces deux derniers moyens pour s'en tenir au bandage à ressort, dont j'ai indiqué les inconvénients.

Un procédé que vante M. Neucourt consiste à combiner l'action de la pelote avec celle du spica et des astringents. Lorsqu'on s'est assuré que les deux testicules sont dans le scrotum, on fait façonner une pelote de forte toile, qui, rembourrée avec de l'écorce de chêne très menue, ait 4 centimètres de long sur 3 de large et un et demi d'épaisseur.

On trempe cette pelote dans une décoction d'écorce de chêne faite avec du vin fort, et on l'applique sur la hernie. On fait par-dessus un spica avec une bande de toile longue de plusieurs mètres et large seulement de deux travers de doigt, en ayant soin de fixer les premiers tours de bande à la pelote par quelques points de couture, autrement la pelote glisserait sous la bande, et ne comprimerait pas. Les mères s'habituent parfaitement à l'application de ce bandage, et le font au bout de quelque temps avec une perfection et une soli-

dité que j'admirais sans pouvoir l'imiter. Dans les premiers temps, surtout si l'enfant est très jeune et que le bandage soit souillé par les déjections, on le change tous les jours. Il faut que l'enfant soit couché sur le dos ; on doit avoir une pelote de rechange, qui, trempée préalablement dans la décoction vineuse, est appliquée au moment même où l'on enlève l'autre, de façon que la hernie ne reparaisse pas, ce qui détruirait le résultat déjà obtenu.

S'il survient de la rougeur ou des boutons par suite de l'emploi du vin, on applique pendant quelque temps la pelote à sec. Lorsque la hernie, examinée avec prudence, ne paraît plus avoir de tendance à sortir, on continue pendant quelques mois l'emploi du bandage à sec, mais on ne peut le changer que lorsqu'il paraît relâché, et souvent il se maintient en bon état pendant plus de huit jours.

Ce bandage, d'une application facile chez les garçons, est beaucoup plus incommode chez les petites filles. Dans un des deux cas que j'ai observés chez ces dernières, il était tellement gênant, que j'ai été obligé d'y renoncer ; on fit faire plusieurs bandages à ressort qui maintenaient difficilement. Cependant on parvint à en faire d'assez convenables, mais cette hernie fut trois ans avant de disparaître.

Si la hernie venait à s'étrangler et à produire la rétention des matières, le ballonnement du ventre, les vomissements, et les phénomènes généraux de refroidissement, petitesse du pouls de la hernie étranglée, il faudrait essayer le taxis, c'est-à-dire la réduction de la tumeur herniaire, et dans le cas où cette opération serait inutile, il faudrait faire l'ouverture du sac et le débridement de l'anneau inguinal.

3° De la hernie diaphragmatique.

Ces hernies sont très rares. En voici un exemple à titre de curiosité.

Observation VI. — *Hernie diaphragmatique chez un enfant nouveau-né.* — Un enfant de deux jours fut apporté à l'hôpital en avril ; le jour même de son entrée, il devint cyanosé à plusieurs reprises, sans que cet état eût été précédé de cris ou d'accès de toux. En percutant en arrière la moitié gauche du thorax, depuis son sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, on trouva une matité complète avec résistance considérable de la région ; dans la portion restante de la moitié gauche de la poitrine, on obtint le son tympanique le plus pur. Dans la moitié droite, la percussion ne fit rien découvrir d'anormal ; le foie faisait une saillie considérable au-dessus du rebord des côtes et les autres parties de la région abdominale rendaient un son tympanique. En appliquant, à plusieurs fois différentes, l'oreille sur la moitié gauche du thorax, on ne put distinguer aucun bruit respiratoire ; à droite, au contraire, la respiration vésiculaire s'entendait parfaitement. On percevait le choc du cœur dans la fosse cardiaque, où les bruits du cœur, du reste normaux, se faisaient le mieux entendre. Les garde-robes étaient normales. Ultérieurement, la cyanose reparut un grand nombre de fois, et les autres symptômes persistèrent d'une façon continue. Plus tard même,

on constata tous les signes d'un catarrhe des bronches. Enfin, le tre après son entrée, cet enfant mourut pendant un accès de cyanose.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit normal et le cœur situé dan gauche de la poitrine. La cavité gauche du thorax était très élargie, du déplacement des feuilles du médiastin vers la droite, au delà du st poumon gauche, tellement comprimé qu'il ne contenait presque plus repoussé vers le sommet de la cavité gauche de la poitrine. La partie n cette cavité était remplie par la masse intestinale, à l'exception du de du côlon descendant : et l'estomac, très distendu, occupait la plus gra de la cavité abdominale et conservait encore sa direction verticale. l ascendante du duodénum, située le long du pancréas, qui occupait s normale, pénétrait dans la cavité thoracique gauche par une fente ova phragme, large d'environ deux doigts, qui se trouvait dans la partie de ce muscle, en arrière du ligament suspenseur de la rate, de sor cavité thoracique gauche était remplie par le paquet intestinal, et que, d'elle, on ne trouvait que le côlon descendant, qui gagnait le bassin e son trajet normal. Par suite, le péritoine, entraîné par la masse intesti la cavité thoracique, formait un diverticulum semblable à un triangle émoussés dont la base était située vers l'enveloppe péritonéale des rein le sommet pénétrait dans l'ouverture du diaphragme, en se dirigeant d gauche et de bas en haut. La partie droite de l'abdomen était rem foie, qui, déplacé vers la droite et refoulé en bas, s'étendait presque lobe droit, jusqu'à l'épine de l'os iliaque. Son lobe gauche et la rat saient la partie supérieure de la cavité abdominale, dont le côté ga occupé par le côlon descendant, et la partie centrale par l'estomac, une position verticale et par le duodénum (1).

LIVRE X.

DES MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

CHAPITRE PREMIER.

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Les vices de conformation de l'anus et du rectum peuvent être d *vices curables* et *vices incurables*. Les vices curables sont :

1° Les rétrécissements congénitaux ;

2° Les imperforations simples ;

3° Les imperforations avec un canal accidentel ouvert à l'extérieur avec embouchures anormales ;

4° Les absences totales ou partielles du rectum.

Les vices de conformation associés à des anomalies complexes for groupe de maladies complétement au-dessus des ressources de l'art

(1) Oesterreichische Zeitschrift für pract. Heilkunde.

gical. Je me contenterai d'en signaler l'existence, et me bornerai à faire l'histoire des vices de conformation de l'anus et du rectum dont le médecin peut entreprendre la guérison ; je consacrerai, en outre, quelques lignes à l'étude des causes qui ont présidé aux vices de conformation de l'anus et du rectum.

Causes qui ont présidé aux vices de conformation de l'anus et du rectum.

Le sexe et l'influence héréditaire n'ont aucune part à la production de ces difformités ; leur cause varie suivant la nature même du vice de conformation de l'anus et du rectum. A ce point de vue, il faut séparer les vices de conformation en deux classes :

a. *Vices congénitaux par resserrement ou oblitération :*

b. *Anomalies avec clôture membraneuse accompagnée ou non de communications anormales.*

Les rétrécissements congénitaux occupent seuls la première catégorie. Tantôt la coarctation existe à l'anus seulement, tantôt elle s'élève plus haut et le canal devient plein, ou bien il subit une transformation fibreuse ou celluleuse ; à un degré plus élevé, il disparaît. La cause de ces vices congénitaux est, ainsi que l'a démontré M. J. Guérin, dans la rétraction musculaire.

Les anomalies avec clôture membraneuse se présentent en première ligne dans le deuxième groupe. L'anus et le rectum, isolés à une certaine période de la vie embryonnaire, procèdent, le premier du feuillet séreux, le second du feuillet muqueux. Ils marchent à la rencontre l'un de l'autre ; leurs extrémités s'adossent, et le conduit commun est formé lorsque la cloison de séparation a été résorbée. Si l'évolution complète et la réunion des feuillets blastodermiques est entravée, il est aisé de comprendre qu'au lieu d'un rectum normal, il se formera un anus sans rectum ou un rectum sans anus ; si la cloison de séparation persiste, le rectum sera imperforé.

Durant la vie embryonnaire, le rectum et la vessie communiquent ; les voies urinaires et génitales aboutissent à un cloaque commun. Si nous supposons que le cloisonnement qui doit amener, d'une part, la formation d'un canal spécial pour l'excrétion de l'urine et pour le passage des matières fécales, et, d'une autre part, celle d'une voie génitale ; si nous supposons, disons-nous, que ce cloisonnement soit incomplet, nous observerons des imperforations avec un canal accidentel ouvert à l'extérieur, ou bien avec un orifice aboutissant dans la vessie, dans le vagin. Ainsi, l'arrêt de développement rend complétement compte des vices congénitaux caractérisés par des imperforations simples ou accompagnées de communications anormales.

§ I. — Rétrécissement de l'anus.

Les rétrécissements de l'anus et du rectum sont caractérisés par une ouverture de l'orifice anal et de la cavité rectale à un degré moindre que dans l'état

naturel. L'anus et le rectum peuvent offrir tous les degrés de rétrécissement, depuis l'orifice où l'on introduit avec peine la pointe d'une épingle, comme dans l'exemple rapporté par Scultet, jusqu'à l'orifice par lequel le méconium peut sortir, mais dont les matières fécales ne sortent qu'avec la plus grande difficulté, comme chez le malade de Boyer. Dans la majorité des cas, le rétrécissement congénital ne s'élève pas au delà de l'anus. Les rétrécissements consistent tantôt en une simple diminution dans les diamètres de l'ouverture anale ou de la cavité rectale, tantôt dans des plicatures multiformes saillantes dans le rectum, et qui, selon leur degré de développement, peuvent gêner le rôle physiologique de la dernière portion du gros intestin.

Les signes du rétrécissement congénital sont l'absence ou la rareté du méconium dans les linges dont l'enfant est enveloppé, le ballonnement progressif et douloureux de l'abdomen, les vomissements ; le signe pathognomonique est fourni par l'inspection directe de l'anus.

Chez les nouveau-nés atteints de rétrécissement de l'anus et du rectum, le médecin doit immédiatement agir. Si le rétrécissement est très minime, il doit rendre au rectum son diamètre normal, en introduisant dans sa cavité une bougie ou un petit morceau d'éponge préparée ; si le rétrécissement est considérable, et si les accidents développés du côté de l'intestin menacent l'existence de l'enfant, il devra chercher à agrandir l'ouverture avec le bistouri conduit sur une sonde cannelée, soit en incisant l'anus d'un côté ou des deux côtés, suivant le degré de rétrécissement. Dès que l'incision est faite, le méconium s'écoule et les symptômes de rétention cessent. Pour s'opposer à la réunion des bords de l'incision, on introduit une mèche enduite de cérat, dont on augmente le volume graduellement, et que l'on renouvelle chaque fois que l'enfant rend ses excréments, et l'on continue plusieurs mois l'usage de la mèche ou d'une canule de caoutchouc.

§ II. — Des imperforations simples de l'anus et du rectum.

Les imperforations simples de l'anus et du rectum sont produites par une occlusion au niveau de l'ouverture terminale du rectum ; cette occlusion peut être formée par la peau, et alors le raphé se prolonge sur la peau qui clôt l'orifice anal, au-dessus le rectum se termine en cul-de-sac adhérent : tel est le cas rapporté par Saviard.

L'anus peut être fermé au-dessus du sphincter par la muqueuse, ainsi que J.-L. Petit en a rapporté un exemple.

J.-L. Petit a fait connaître un autre mode d'imperforation de l'anus ainsi caractérisé : le sphincter contracté fait corps avec l'extrémité inférieure du rectum, et l'anus est remplacé par une partie résistante assez épaisse, au milieu de laquelle adhère le rectum ordinairement dilaté en ampoule. Enfin, M. Voillemier (1) a vu un enfant chez lequel la fin du tube intestinal était di-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1846.

visée par des diaphragmes en quatre portions distinctes, dont la première contenait seule du méconium et des gaz, et les autres renfermaient du mucus épaissi.

De quelque nature que soit l'imperforation de l'anus, lorsque les matières fécales ne peuvent pas sortir, elles s'accumulent dans l'intestin, le distendent et engendrent des accidents mortels, si le nouveau-né n'est promptement secouru.

Les symptômes qui caractérisent les imperforations simples de l'anus et du rectum sont : l'absence du méconium dans les linges qui entourent l'enfant, le ballonnement et la sensibilité du ventre, les efforts et les cris, les nausées, bientôt suivies de vomituritions et de vomissements jaunes ou verts; le visage rouge, les yeux saillants, le développement des veines jugulaires, le hoquet, les mouvements convulsifs. Appelé près d'un enfant en proie à ces symptômes, le chirurgien examine attentivement l'anus, et reconnaît aisément l'imperforation et la nature de ce vice de conformation à la présence d'une membrane saillante, bleuâtre et donnant, par la pression, une sensation de fluctuation.

Chez les enfants affligés d'imperforations simples, la conduite du chirurgien sera facile à tenir ; il pratiquera avec le bistouri, dans l'endroit où l'ouverture anale devrait se trouver, une incision simple, superficielle si l'imperforation est formée seulement par la peau ou par la muqueuse, profonde si elle est constituée par la couche musculo-cellulaire. Il pourra recourir, ainsi que l'a fait M. Bouisson (de Montpellier) (thèse de concours, 1851), à une incision cruciale. Le chirurgien sera averti que l'obstacle au cours des matières intestinales est levé par l'issue du méconium. Après l'opération, un lavement sera administré à l'enfant et la plaie sera pansée les jours suivants avec une mèche enduite de cérat. M. le professeur Malgaigne, pour éviter les rétrécissements consécutifs aux oblitérations du rectum situées à quelque distance de l'anus, recommande le procédé suivant. On porte le petit doigt dans l'anus, on reconnaît la closion, puis on agrandit l'anus en avant d'un coup de bistouri ; alors, l'enfant poussant de lui-même, on voit apparaître, à chaque effort, la cloison rectale jusqu'au niveau de la peau. On la saisit avec des pinces à dents de souris, on la fend en croix et l'on excise les deux angles postérieurs ; après quoi on vide le rectum du méconium qu'il contient. Quant aux angles antérieurs, après les avoir dépouillés de leur muqueuse, du côté de l'anus, on les attire jusqu'au niveau de l'incision cutanée à laquelle on les réunit par quelques points de suture entrecoupée. Voici les observations de deux enfants que M. Ashenheim (de la Jamaïque) a réussi à guérir de cette difformité, bien qu'il eût de graves difficultés à vaincre. Dans un cas, le rectum était fermé par un diaphragme à une hauteur de 7 à 8 centimètres au-dessus de l'anus, et dans l'autre, l'obstacle à la sortie du méconium était seulement à 1 ou 2 centimètres de l'anus.

Observation I. — Un petit nègre vint au monde le 17 septembre 1851 : quarante-huit heures après, son père se décida à appeler M. Ashenheim. L'enfant paraissait robuste et bien constitué ; mais il criait sans cesse et refusait le sein. Il avait une fièvre intense, et son ventre était très tendu ; il n'avait rien rendu par l'anus depuis sa naissance. M. Ashenheim examina l'anus, qui lui parut normal ; il y introduisit aisément son petit doigt. Une sonde de gomme élastique pénétra jusqu'à une profondeur de près de trois pouces, et s'arrêta là dans le cul-de-sac. M. Ashenheim se décida alors à pratiquer une opération. Il commença par débrider l'anus en arrière, et put ainsi introduire l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'obstacle. Faisant alors exercer des pressions sur l'abdomen, il sentit sur le bout de ce doigt le choc des matières contenues dans l'intestin au-dessus de l'obstacle. Aussitôt il conduisit sur la pulpe de l'index, de manière à protéger la vessie, un long bistouri pointu qu'il enfonça dans l'intestin à travers la membrane obturante.

Un flot de méconium s'échappa. L'index fut alors poussé avec force à travers l'ouverture, afin de l'agrandir. M. Ashenheim voulut d'abord tenir une tente de linge à demeure dans cette ouverture ; il réussit à l'y introduire, mais il ne put l'y maintenir. Il atteignit le même but en dilatant l'ouverture plusieurs jours de suite avec le petit doigt. L'enfant guérit très bien.

Observation II. — Le 7 novembre 1851, on vint chercher M. Ashenheim pour une petite fille de couleur qui, née depuis vingt heures, n'avait encore rien rendu par l'anus. Du reste, il n'y avait aucun accident ; le ventre n'était ni tuméfié, ni douloureux. L'anus était bien conformé. Le petit doigt, introduit dans cette ouverture, pénétra jusqu'à une profondeur d'un demi-pouce, et rencontra à ce niveau un obstacle flexible, comme fluctuant, et paraissant constitué par une cloison membraneuse. Un stylet porté dans le fond du cul-de-sac fut poussé avec une certaine force, et pénétra à travers l'obstacle. On le retira recouvert de méconium. Alors le chirurgien introduisit l'index dans l'anus, et, pressant avec force sur la membrane obturante, il réussit à la rompre. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité de méconium assez consistant. Une mèche fut laissée à demeure dans l'ouverture. Peu de jours après, l'enfant était parfaitement guérie.

Faite de bonne heure, l'opération de l'imperforation simple de l'anus ou du rectum réussit dans l'immense majorité des cas ; le praticien doit toutefois se prémunir contre quelques accidents qui peuvent accompagner cette opération : ce sont une hémorrhagie en thrombus des parois rectales, un abcès méconial, un rétrécissement au niveau des parties incisées.

§ III. — Des imperforations de l'anus et du rectum, avec communications anormales de cet intestin.

Je diviserai ces imperforations en trois catégories.

Première catégorie : Imperforations avec ouverture du rectum à la surface cutanée.

Deuxième catégorie : Imperforations avec ouverture du rectum dans la vessie ou l'urèthre (chez l'homme et chez la femme).

Troisième catégorie : Imperforations avec ouverture du rectum dans la matrice et le vagin.

1° Imperforation avec ouverture du rectum à la surface cutanée.

Dans ce vice de conformation, la fin du tube intestinal aboutit à un des points de la circonférence du bas-ventre, où il fait fonction d'anus.

M. Bouisson (thèse citée) rapporte une observation curieuse de ce vice de conformation recueillie à la clinique de Delmas. « On apporte à Delmas un enfant de sept à huit jours qui était né avec une imperforation de l'anus et avec une petite ouverture froncée, rouge et excoriée qui existait à $0^{m},02$ de la ligne médiane du côté de la fesse droite. Par cette ouverture suintaient constamment les matières fécales dont la liquidité permettait une issue assez facile. Il s'agissait d'une véritable fistule à l'anus congénitale, que Delmas opéra, en même temps qu'il remédia par une incision à l'imperforation. La membrane obturatrice était cutanée, muqueuse, avec conservation du sphincter. M. Delmas l'incisa, introduisit son doigt dans le rectum, où il reconnut, à une faible hauteur, le bec d'une sonde cannelée engagée dans l'ouverture accidentelle. L'opération fut pratiquée comme chez l'adulte et suivie de la guérison rapide du nouveau-né.

M. le professeur Denonvilliers a présenté, en 1850, à la Société de chirurgie, l'observation d'un nouveau-né qu'il avait guéri d'une perforation anale avec trajet anormal.

Dans des cas semblables à ceux qui se sont offerts à M. Delmas et à M. Denonvilliers, le chirurgien diagnostique aisément la nature du vice de conformation, et il ne devra pas hésiter à tenter l'opération pratiquée par le chirurgien de Montpellier.

2° Imperforations de l'anus et du rectum, avec ouverture du rectum dans la vessie ou l'urèthre.

1° *Chez l'homme.*—Cette espèce d'imperforation est caractérisée par l'ouverture du rectum, dans le bas-fond de la vessie, entre les uretères, dans le col de la vessie, ou dans la portion membraneuse de l'urèthre, par un orifice fort petit ou par un canal étroit. Au-dessous de l'orifice anormal, le rectum est quelquefois immédiatement oblitéré, quelquefois prolongé, sous forme de sinus d'une étendue variable. Ces anomalies présentent, outre les signes des imperforations simples, l'écoulement de méconium et l'expulsion de gaz par la voie des urines ; ils sont suivis de mort en général très rapidement : cependant Flajani cite l'observation d'un enfant qui vécut plusieurs mois avec ce vice de conformation.

Si l'imperforation anale siége à une grande hauteur et si la communication entre le rectum et les voies urinaires est grande, ce vice de conformation peut échapper à l'investigation du chirurgien. L'absence de selles, les coliques, la couleur jaune du linge, trouvent leur explication dans la constipation

et l'écoulement d'urine habituel. Une pareille méprise dans le diagnostic est très fâcheuse, elle laisse le nouveau-né dans un état de souffrance très grave et qui peut causer une cystite promptement mortelle ; mais elle ne peut pas se prolonger longtemps pour un médecin attentif.

Lorsque le médecin aura constaté que l'anus n'est oblitéré que par une petite membrane, il devra ouvrir le rectum par la voie naturelle.

Mais l'oblitération de l'anus par une faible membrane, accompagnée de communication anormale, est tout à fait exceptionnelle, et dans l'immense majorité des cas, le médecin agira prudemment en s'abstenant de toute opération.

2° *Chez la femme.*—Nous ne donnerons pas l'histoire des vices de conformation de l'anus et du rectum, avec communications anormales dans les voies urinaires chez la femme, attendu que les faits consignés dans la science sur ces anomalies ne présentent point une authenticité suffisante.

3° Imperforations de l'anus et du rectum, avec ouverture du rectum dans le vagin.

Lorsque ce vice de conformation existe, l'ouverture anormale donne passage aux excréments ; il n'est d'ailleurs accompagné d'aucun dérangement fonctionnel, il offre seulement l'inconvénient d'une infirmité dégoûtante. L'anus génital peut être vaginal ou vulvaire : moins grave dans le premier cas que dans le deuxième, il ne devient mortel que si l'orifice anormal est très étroit et produit la rétention du méconium.

L'anus vaginal, hors le cas d'étroitesse de l'orifice, ne compromet pas l'existence, il permet même les fonctions du vagin et de l'utérus : ainsi Boyer rapporte les observations de femmes qui ont vécu avec un anus génital jusqu'à un âge avancé, et Fournier cite le cas d'une femme atteinte d'anus vaginal qui devint mère.

Boyer regardait l'imperforation du rectum avec orifice vaginal comme incurable ; aujourd'hui le chirurgien doit remédier à cette infirmité repoussante. Le procédé opératoire le plus convenable est celui de Dieffenbach.

Procédé de Dieffenbach. — On divise le périnée depuis la vulve jusque vers le coccyx, en évitant le rectum ; on dissèque le tissu cellulaire qui entoure l'extrémité de cet intestin, on le met à découvert, on l'isole du vagin dans sa demi-circonférence inférieure ; et ayant fendu le lambeau qui en résulte, dans une petite étendue, on fixe les deux moitiés de ce lambeau par deux points de suture à l'extrémité postérieure de la plaie du périnée. Lorsque cette plaie est réunie, on isole complétement, à l'aide du bistouri, la paroi supérieure du rectum d'avec le vagin. L'intestin, ainsi devenu libre, se retire de $0^m,009$ à $0^m,01$ en arrière ; et quand on a ravivé les parties inférieures et antérieures de la division du périnée, il ne reste qu'à réunir les bords de la division du vagin par des points de suture entrecoupée, et la plaie du périnée, à part la portion postérieure destinée à l'anus, par deux points de suture entortillée.

§ IV. — Absences du rectum.

ce titre nous rangeons les vices de conformation dans lesquels le rec-
ique en partie ou en totalité. Tantôt l'intervalle qui sépare l'anus ou
de l'anus du rectum est rempli par un cordon fibreux plus ou moins
tantôt il est occupé par un tissu fort dur et le sphincter anal se trouve
l'état de languette musculaire, imperforée, au centre de laquelle doit
la ponction périnéale de l'anus artificiel. L'intestin se termine par une
qui proémine vers la concavité du sacrum. Quelquefois cette dilata-
ge sur la portion rectale même du tube digestif, quelquefois elle siége
lon. Les signes à l'aide desquels se révèle l'absence du rectum sont :
t complet de selles, l'aspect de la région périnéale. Dans les imperfo-
imples, le chirurgien constate au niveau de l'anus une fluctuation qui
point dans les cas d'absence incomplète ou entière du rectum. Dans
obscurs, le chirurgien pourra faire, avec précaution, une ponction
rice au niveau de l'anus vers la concavité du sacrum : lorsque le
sera simplement imperforé, il y aura écoulement du méconium ;
le rectum manquera dans une grande étendue, aucune issue de mé-
ne suivra la ponction.

l'extrait d'une observation rapportée par M. Forget (1), qui doit faire
quelques-uns des symptômes qui caractérisent les absences du rectum

VATION I. — Un enfant, du sexe féminin, âgé de trente-six heures,
ndant pas de méconium, malgré l'existence d'un anus en apparence bien
é, fut soumis à mon examen. Dans le point occupé par l'anus anormal,
rqua une cavité circonscrite par des plis rayonnés qui tous convergeaient
fond ; cette cavité, entièrement formée par la peau, se terminait en un
cul-de-sac. En écartant fortement les fesses, on effaçait les plis qui bor-
t formaient en partie cette cavité, et l'on voyait son fond s'abaisser et se
n travers au moindre effort de l'enfant. Le toucher, pratiqué pendant que
ction avait lieu, transmettait aux doigts la sensation d'un plan ferme et
istant, et nullement celle d'une fluctuation. L'enfant était d'ailleurs fort
stitué. Les organes génito-urinaires étaient dans l'état normal. Les urines
endues sans mélange de méconium. Il n'y avait eu aucun vomissement.
ation de l'anus avec un petit trocart ne donna issue à aucun liquide excré-
l. L'enfant mourut huit jours après.

VATION II. — *Oblitération de l'intestin grêle chez une enfant nouveau-*
M. Depaul. — Cette enfant, du sexe féminin, née à la Maternité, par-
t conformée et n'ayant offert aucun désordre dans son organisation au
de sa naissance, fut présentée au bout de quarante six heures à M. De-
rce qu'elle n'était pas encore allée à la garderobe depuis sa naissance.
nt l'anus était bien conformé, et la communication avec le rectum parfai-
ibre. Un petit lavement, puis un purgatif, n'amenèrent aucune selle. Le
ommença alors à se développer de plus en plus, et les vomissements ne

ion médicale, 1850.

tardèrent pas à arriver, d'abord jaunes, puis verts, et enfin avec tous les caractères du méconium.

Après cinquante heures d'attente, la vie de cette enfant étant sérieusement menacée, M. Depaul se vit dans la nécessité de prendre une décision.

La pensée de l'opération de Callisen, modifiée par M. Amussat, et qui consiste à ouvrir le côlon par la région lombaire, dans le point où il n'est pas en rapport avec le péritoine, se présenta d'abord à son esprit. Mais un examen préalable de cette région, fait avec soin au moyen de la percussion, l'empêcha de s'y arrêter. La percussion de la région des lombes dans tout l'espace qui répond au côlon fit constater en effet partout une sonorité parfaite. Il y avait, d'après cela, tout lieu de croire que l'obstacle au cours des matières n'avait son siége dans aucune partie de l'S iliaque, ni du côlon lui-même, puisque dans aucun point de son étendue on ne rencontrait l'indice d'une accumulation de matières.

M. Depaul, en conséquence, se décida à opérer par la méthode ancienne, c'est-à-dire dans la fosse iliaque, pour aller à la recherche d'une anse d'intestin grêle.

A l'incision des couches de la paroi abdominale, il se passa un phénomène assez insidieux, et qu'il est utile de rapporter, à cause des erreurs auxquelles il pourrait donner lieu.

Après avoir divisé les premières couches, une petite hernie d'un tissu jaunâtre, offrant toutes les apparences du grand épiploon, se produisit dans la boutonnière, et fit croire d'abord à M. Depaul qu'il avait sous les yeux une hernie de l'épiploon, et que par conséquent il était arrivé dans la cavité de l'abdomen. Il n'en était rien : c'était simplement un petit paquet graisseux d'un tissu mou et jaunâtre qui double chez les enfants la face externe du péritoine pariétal. Ce fait méritait d'être noté, parce qu'il est particulier aux jeunes enfants et qu'il pourrait causer des erreurs aux personnes qui n'en seraient pas prévenues.

L'incision achevée, et lorsque le péritoine fut ouvert, plusieurs anses d'intestin se présentèrent : dans l'embarras du choix, l'opérateur s'arrêta à l'une de celles qui lui parurent les plus dilatées, et la fixa dans la plaie après l'avoir ouverte.

A partir de ce moment, les matières s'écoulèrent par cet anus artificiel ; tous les accidents qui menaçaient la vie de l'enfant disparurent, et les fonctions s'établirent comme à l'état normal. Cependant sa santé s'affaiblit graduellement, et elle finit par succomber. Voici ce que l'autopsie a montré.

L'anse intestinale ouverte était parfaitement adhérente aux lèvres de la plaie ; aucune hémorrhagie n'avait eu lieu dans la cavité du ventre, et le péritoine était exempt de toute inflammation.

Le cæcum et le côlon présentaient leur disposition accoutumée, si ce n'est que leur calibre n'atteignait qu'à peine le tiers du volume normal. Examiné à l'intérieur, le gros intestin n'offrit encore de particulier que l'exiguïté de son calibre, mais arrivé à sa jonction avec l'intestin grêle, il présentait une cloison purement fibreuse qui séparait complétement leur cavité. De plus, l'intestin grêle, à partir du cæcum, était complétement oblitéré dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette disposition, impossible à reconnaître pendant la vie, légitimait pleinement l'opération qui avait été adoptée. De plus, le hasard avait également servi l'opérateur, car il se trouva que l'anse intestinale divisée était très voisine de l'obstacle, de sorte que presque toute la portion saine de l'intestin grêle continuait à être parcourue par les matières de la digestion.

M. Depaul pense que de pareilles lésions ne sauraient être rapportées à autre chose qu'à une péritonite éprouvée par l'enfant durant le cours de sa vie intra-utérine. Les brides fortes et nombreuses retrouvées sur différents points du péritoine ne permettent pas d'en douter.

Cette observation présente de l'intérêt au point de vue de la nature et de la disposition de l'obstacle, et en même temps au point de vue de ses indications difficiles.

Les absences du rectum constituent des vices de conformation très graves ; elles amènent infailliblement la mort par défaut de nutrition dans l'espace de quelques jours : le devoir du chirurgien est donc de parer par une opération à une anomalie si grave. A quelle opération praticable doit-il avoir recours ? La seule opération praticable, chez les nouveau-nés qui manquent de rectum, c'est la création d'un anus artificiel. Trois méthodes s'offrent au chirurgien ; elles sont désignées sous les noms de méthodes périnéale, iliaque, lombaire.

Méthode périnéale. — Cette méthode consiste à faire un anus artificiel à la place où devrait être l'anus véritable. Il faut faire une incision sur la ligne médiane, chercher le sphincter s'il en existe quelque trace, le diviser au milieu, passer au travers, en cherchant le cordon fibreux qui va de l'anus à l'ampoule du rectum, qui est tantôt plus, tantôt moins élevée, selon qu'il manque une plus ou moins grande étendue d'intestin. C'est vers la concavité du sacrum qu'il faut diriger son instrument dans cette recherche, afin d'éviter la perforation de la vessie, et parce que c'est de ce côté-là que proémine presque toujours l'ampoule rectale. Une fois saisi, le bout de l'intestin doit être ramené par en bas, entre les lèvres de la division du sphincter, et on le fixe par deux points de suture. Cette méthode est suivie d'insuccès, si le rectum manque dans une grande étendue ; elle détermine souvent l'incontinence des matières fécales, s'il n'y a pas de sphincter ou un rétrécissement du trajet recto-cutané. Elle expose peut-être à la perforation de la vessie, mais elle a au moins l'avantage de remettre à sa place l'ouverture anale, au lieu de créer une infirmité dégoûtante à la région iliaque ou lombaire, comme cela résulte des procédés suivants.

Méthode iliaque ou de Littre. — Cette méthode entraînant l'ouverture du péritoine, nous pensons avec M. le professeur Malgaigne qu'on doit lui préférer la méthode lombaire.

Méthode lombaire. — C'est à Callisen que revient l'honneur d'avoir introduit dans la chirurgie l'idée d'ouvrir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. De nos jours, M. Amussat a modifié la méthode de Callisen, pour l'employer de la manière suivante (1) :

Le malade est couché sur le ventre, un peu incliné du côté droit, et l'abdomen soulevé par un ou deux coussins. On pratique une incision transversale à la peau, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, en commençant au bord externe de la masse commune au sacré lombaire et au long dorsal, en poursuivant en dehors dans l'étendue de quatre ou cinq tra-

(1) Voy. Vidal (de Cassis), *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer* (*parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel*). Paris, 1842.

vers de doigt. Après la peau et les couches sous-cutanées, on tombe sur le grand dorsal, qu'il faut diviser en travers dans le tiers postérieur, et sur le grand oblique, qu'on divise dans les deux tiers antérieurs ; au-dessous d'eux, le petit oblique, puis le transverse, puis l'aponévrose. Toutes ces couches musculaires doivent être divisées en travers, puis verticalement, pour avoir une incision cruciale et mieux découvrir l'intestin : on peut même au besoin soulever le carré lombaire et inciser son bord externe. On arrive enfin sur le tissu adipeux qui enveloppe le côlon, et qu'il faut enlever avec précaution : après quoi, le point important est de s'assurer de la position de l'intestin et de ses limites.

Sur le cadavre, on reconnaît le côlon à sa couleur verdâtre ; ce signe existe rarement sur le vivant. Par la percussion, on s'assure bien qu'on se trouve sur un intestin quelconque : la pression avec le doigt fait éprouver une sensation de résistance sur l'intestin ; néanmoins, pour ne conserver aucun doute, il faut mettre l'intestin à découvert sur ses deux côtés. Si l'intestin était contracté, on le chercherait en arrière ; quelquefois, dans ce cas, il est complétement caché sous le carré lombaire, qu'il faudrait diviser.

Le côlon enfin reconnu, on le traverse en haut et en bas avec deux aiguilles, de telle sorte que l'on puisse le tendre avec deux anses de fil écartées d'environ 3 centimètres l'une de l'autre. Dans l'intervalle des deux anses, on donne un coup de trocart : l'issue des gaz ou même des matières fécales délayées avertit que l'on est bien dans l'intestin, et avec un bistouri herniaire on y fait une incision cruciale. Les matières commencent à sortir : on aide leur expulsion par des injections dirigées dans les deux bouts intestinaux. Quand le ventre est bien dégagé, on attire en avant l'ouverture faite à l'intestin à l'aide de trois pinces à torsion, et on la fixe à la peau par quatre points de suture entrecoupée en renversant la muqueuse en dehors.

CHAPITRE II.

DE LA CHUTE DU RECTUM OU PROLAPSUS DU RECTUM.

On donne le nom de *chute du rectum*, *prolapsus du rectum*, au renversement de la muqueuse de cet intestin hors de l'anus, ou au renversement du rectum lui-même par invagination.

Le *prolapsus de la muqueuse* est plus fréquent que l'*invagination* ; c'est une lésion très fréquente chez les jeunes enfants, et que j'ai observée un grand nombre de fois. Elle existe ordinairement en même temps que la diarrhée, et peut être produite par l'usage des purgatifs trop violents. Elle succède à une constipation prolongée qui exige de grands efforts pour rendre les matières stercorales. On dit aussi qu'elle peut être causée par l'état sa-

al des voies digestives, par la présence de vers intestinaux, ou d'un calcul la vessie, mais il n'y a rien de positif à cet égard. Les polypes du rectum nent aussi ce déplacement qui cesse dès qu'on a enlevé le polype.

ous l'influence plus ou moins active de ces causes différentes, la muqueuse ale, qui est assez mobile sur les parois de l'intestin rectum, sort de l'anus, ait une procidence plus ou moins considérable, sous forme d'un bourrelet geâtre, plissé transversalement et couvert de mucosités gluantes. Ce bour- et présente au centre un orifice qui n'est autre que l'ouverture de l'in- tin. En dehors, la muqueuse se termine au sphincter sur les bords de us, en se continuant avec la peau d'où la sépare une simple rainure, tandis dans l'invagination du rectum, le doigt pénètre dans l'intestin entre le rrelet et le sphincter de l'anus.

e *prolapsus de la muqueuse du rectum* n'est pas grave chez les en- s; il n'a de gravité que chez l'adulte et chez le vieillard. Dans le jeune il ne cause pas d'accidents sérieux, et chez la plupart des malades sa radicale peut être obtenue sans opération. Dans quelques cas rares ce acement peut devenir mortel par suite de l'étranglement de la tumeur, que la gangrène s'en empare. C'est ce qu'on verra dans le cas suivant rvé par Marjolin.

SERVATION I. — Une enfant de trois ans et demi revint de nourrice à l'âge eux ans, dans le dernier degré de faiblesse et d'amaigrissement. Depuis époque, et peut-être même auparavant, la muqueuse rectale sortait de s en temps, lorsqu'on laissait l'enfant longtemps sur le vase de nuit. La était obligée de réduire ce bourrelet qui avait 2 centimètres de hauteur; il ntrait pas de lui-même. Cette chute du rectum se produisait assez souvent ou huit fois dans le courant d'une semaine, mais il y avait quelquefois un valle d'un ou de plusieurs mois entre deux procidences de la muqueuse rec- Cette enfant habitait un rez-de-chaussée, elle était mal logée et mal ie.

21 juin 1860, elle est prise de vomissements et de diarrhée; les jours pré- ts, elle était bien portante, au dire de la mère, et son fondement n'était pas depuis au moins un mois.

22, 23 et 24 juin. Les vomissements et la diarrhée continuent.

25 juin. On apporte l'enfant à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette petite fille aigre, pâle; elle a une fièvre intense, la peau est très chaude et le pouls est . Elle vomit tout ce qu'elle prend et va constamment à la selle; ses ma- sont liquides et de couleur verdâtre. L'anus est béant et infundibuliforme; t la muqueuse de la partie inférieure du rectum qui est grisâtre comme a gangrène. Elle fait une saillie presque nulle, de 2 centimètres seulement, on la voit facilement, parce que l'anus est béant. Pendant son séjour à al, il y a eu une fois issue de la muqueuse dans l'étendue de 5 centi- s.

ment. — Tisane de riz; julep avec 30 grammes de sirop de ratanhia et es d'extrait mou de quinquina.

juin. La diarrhée et les vomissements continuent, la muqueuse rectale ours une coloration grisâtre; fièvre intense, langue couverte d'un enduit ure peu épais.

Le 27 juin. La diarrhée et les vomissements continuent; la malade est très pâle, elle a les yeux profondément excavés, comme les cholériques. Mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Il n'y a d'invagination dans aucun point de l'intestin. A la partie inférieure de l'intestin grêle, dans la hauteur d'environ 1 décimètre immédiatement au-dessus du bord libre de la valvule iléo-cæcale, la muqueuse est gangrenée; elle est épaissie, grisâtre; le tissu cellulaire qui est en dehors est également épaissi et induré.

Le reste de la muqueuse de l'intestin grêle n'est pas gangrené, mais très injecté.

La muqueuse de la partie supérieure du gros intestin, qui se continue avec la muqueuse de l'intestin grêle est également gangrenée: le sphacèle s'arrête un peu au-dessous du bord libre de la valule iléo-cæcale. Mais, à 20 centimètres au-dessous de cette valvule, on voit la muqueuse du gros intestin qui est sphacélée jusqu'à l'anus. Elle est grisâtre, très épaisse et unie à la tunique musculeuse par du tissu cellulaire, qui est épaissi et induré.

La gangrène de l'intestin, chez cette malade, doit être attribuée à l'état de santé antérieur de l'enfant et aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles elle vivait, car la tumeur formée par la chute du rectum n'était nullement étranglée, et il est bien possible que la gangrène ait débuté, non par la muqueuse rectale, mais par la muqueuse de la partie inférieure de l'intestin grêle.

Traitement.

Il faut mettre en usage, pour guérir la chute du rectum, des remèdes appropriés à la cause de laquelle elle dépend: mais quand elle persiste après que toute cause occasionnelle a disparu, on a la preuve qu'elle n'est entretenue que par le relâchement de l'intestin, et c'est sur l'intestin lui-même qu'il faut agir.

Il faut entretenir la liberté du ventre, et, par un bon régime, fortifier l'organisme.

Ensuite il faut employer les lotions astringentes et les compresses trempées dans du vin rouge, dans de l'eau blanche, dans une solution de sulfate de zinc ou d'alun, à 3 grammes pour 200 grammes d'eau. On peut recourir aux bains de siége dans l'eau froide, et la décoction de quinquina, dans la solution de tannin, d'alun ou de sulfate de fer. On peut employer les applications de glace, les compresses saupoudrées de myrrhe, d'encens et de sang-dragon, ou bien imprégnées de la vapeur de térébenthine brûlée sur des charbons ardents; les suppositoires composés de fleur de grenadier et d'écorce de chêne incorporées dans du miel.

Quand un enfant est exposé au prolapsus du rectum, il convient, ainsi que l'indique Underwood, de prendre la précaution de soutenir avec deux doigts les bords de l'anus pendant la défécation. Si l'enfant n'est pas assez âgé ou assez intelligent pour remplir cette prescription, on peut y employer un domestique.

Dans la défécation, il faut que l'enfant soit assis sur un siége assez élevé pour que ses pieds ne touchent pas le sol; s'il est un peu âgé, il faut qu'il

demeure debout autant que possible. De cette manière, les contractions du diaphragme et des muscles droits agissent avec moins d'effort sur le rectum, que dans la position accroupie ordinairement adoptée pour l'expulsion des matières fécales. Mais ces précautions ne sont pas toujours nécessaires ; elles ne deviennent indispensables que dans le cas où la maladie dure depuis très longtemps, et où la portion d'intestin qui s'échappe au dehors est très considérable.

S'il arrivait, chose rare chez un enfant, que la muqueuse, une fois sortie, fût étranglée par le sphincter et formât un bourrelet trop engorgé ou enflammé, il faudrait donner un lavement avec de l'eau froide, et quelques gouttes d'extrait de Saturne ou de laudanum. Après une ou deux heures, l'intestin fluxionné se dégorge et rentre doucement sous l'influence du remède sédatif qui a fait cesser le spasme du sphincter de l'anus.

Quand le prolapsus persiste, il faut opérer la réduction de la muqueuse au moyen du taxis. Bell employait un cône de papier humide, pour le ramollir, et huilé au dehors. Ce cône, mis sur le doigt, était introduit dans l'ouverture du bourrelet muqueux, et, poussé légèrement en haut d'une façon continue, servait à réduire la portion pendante du rectum. Une fois la réduction opérée, on retirait le doigt, puis le cône de papier, sans crainte de ramener l'intestin au dehors.

Quelques personnes mettent les enfants entre leurs jambes, la tête basse, les fesses relevées, et elles pressent sur la tumeur qu'elles finissent par faire rentrer.

Pour mon compte, j'emploie le moyen que conseille Boyer et qui m'a toujours réussi. Il consiste à mettre un linge fin enduit de cérat sur le bourrelet, puis à pousser du doigt vers l'intérieur, de manière à faire rentrer la muqueuse; une fois réduite, on maintient les parties d'une main pendant qu'on retire le doigt et le linge introduits dans l'anus. C'est le procédé de Bell modifié par la substitution d'un linge à un cornet de papier.

Les enfants très jeunes qui sont depuis longtemps exposés à la chute du rectum doivent être assis sur un tabouret dur et plat, ou bien sur une chaise sans bras et assez haute pour qu'ils ne puissent pas toucher le sol avec leurs pieds. Il faut en outre leur mettre un bandage contentif sur l'anus, et s'ils sont grands, employer celui que conseille Boyer. Ce bandage se compose : 1° de deux bretelles élastiques de laiton, qui se joignent en avant et en arrière par leurs extrémités garnies d'une boucle ; 2° d'une pelote ovale un peu molle, convexe du côté de l'anus, concave du côté opposé ; 3° de deux courroies, dont l'une, simple, est fixée à l'extrémité postérieure de la pelote, et l'autre, double, est attachée à son bout antérieur : la courroie postérieure monte derrière le bassin et va se fixer à l'extrémité postérieure des bretelles au moyen de la boucle qui s'y trouve ; les deux parties de la courroie antérieure, après avoir passé au côté interne des cuisses, se réunissent antérieurement vers le milieu du ventre en une seule bande qui s'attache à la boucle

placée à l'extrémité antérieure des bretelles, ce qui donne au malade la facilité, même en marchant, de relâcher et de serrer à volonté son bandage. Les courroies doivent, comme les bretelles, être élastiques, afin qu'elles puissent s'allonger ou se raccourcir pour se prêter aux différents mouvements du malade.

Lorsque la chute du rectum ne peut être maintenue par ce bandage, on peut avoir recours à un autre moyen également employé avec succès par Boyer. Il consiste à pousser dans le fondement une grosse mèche de charpie enduite de cérat. Quand cette mèche est introduite, on place sur l'anus un gros tampon de charpie, on met une compresse sur ce tampon, et le tout est soutenu avec un bandage en T double.

L'*invagination du rectum* n'a de commun avec le prolapsus du rectum que la présence d'une tumeur rougeâtre molle, qui fait saillie à travers l'anus. Cette tumeur varie de quelques centimètres à 40 et 80 centimètres, ainsi que Fabrice d'Acquapendente, Haller, Murat, Saviard en ont vu des exemples. C'est le côlon et le rectum invaginés qui sortent par l'anus. Cette lésion est rare chez les enfants. Thomas Blizard en cite un cas observé chez un enfant de quinze mois, qui présentait une invagination rectale de 16 centimètres comprenant la plus grande partie du côlon.

Cette lésion est accompagnée de douleurs, de coliques, de vomituritions, de vomissements, de ténesme et de l'impossibilité d'aller à la garderobe ou d'uriner.

Elle n'est pas grave si l'invagination n'est pas considérable et peut être réduite; elle devient rapidement mortelle, au contraire, quand elle est irréductible et compliquée d'accidents d'étranglement.

Il faut réduire la tumeur dans le rectum le plus profondément possible, et à l'aide de lavements ou de douches ascendantes on essayera de rendre cette réduction plus complète et définitive. On pourra aussi se servir dans ce but d'une sonde de gomme élastique terminée par un renflement considérable, destiné à repousser au-devant d'elle la portion invaginée.

En cas d'étranglement, on a conseillé l'incision du sphincter de l'anus pour faciliter la réduction, ou l'excision partielle de la tumeur, ou sa cautérisation, etc.; mais ce sont là des opérations impraticables chez les jeunes enfants et qui doivent être réservées pour l'adulte.

Quelques chirurgiens ont employé contre le prolapsus et l'invagination du rectum des opérations sérieuses. C'est un tort. Comme la maladie peut guérir sans ces moyens extrêmes, il n'y faudrait recourir que dans les cas d'absolue nécessité, et ces cas sont ceux dans lesquels le prolapsus est accompagné d'hémorrhagies abondantes. Ces moyens sont l'*excision* et la *cautérisation*.

L'excision totale ou partielle de la tumeur non réduite n'a été que rarement pratiquée, mais après réduction de la tumeur on a quelquefois fait l'excision des plis rayonnés de l'anus. Dupuytren pratiquait souvent l'excision longitudinale de quelques lambeaux de la muqueuse à l'aide d'une pince et de

x courbes, mais la fréquence des hémorrhagies lui a fait remplacer ce lé par la seule excision des plis rayonnés de la peau et de la muqueuse

cautérisation se pratique avec le fer rouge. Employée par les anciens, ıbatier, Bégin, Sédillot, Malgaigne et la plupart des chirurgiens. On gir de deux manières : 1° réduire la tumeur, convertir en eschare les s procidentes avec un cautère en roseau et un cautère en plaque, ou aire des raies de feu sur ces parties ; 2° réduire la tumeur et cautériser dans une étendue d'un centimètre avec un cautère en olive, ou bien culement des mouchetures de feu sur le pourtour de l'anus. Ce dernier lé est le meilleur. Il faut, après avoir mis les malades à la diète et nettoyé in par un lavement, anéantir la sensibilité à l'aide du chloroforme.

-s l'enfant étant couché sur le côté, les cuisses fléchies sur le bassin et ıeur réduite, un aide écarte une fesse, le chirurgien écarte l'autre le la main droite pour la cautérisation.

ıut, à l'exemple de M. Guersant, se servir d'un petit cautère de la forme x dont se servent les dentistes, d'un simple stylet d'acier recourbé ; ou d'une pointe métallique montée sur un petit cautère sphérique, ana- celle qui sert à la cautérisation des tumeurs érectiles. L'important, tte opération, consiste dans l'application de la petite pointe métallique dans les quatre points différents du pourtour de l'anus, l'un à la partie eure correspondant au coccyx, l'autre en avant, vis-à-vis du précédent, deux derniers latéralement. Ces cautérisations réussissent d'autant qu'elles intéressent la peau et pénètrent jusqu'au sphincter, et il est nsable, pour le succès, de bien écarter le pourtour de l'anus et de les pointes de feu, en les enfonçant de quelques millimètres, juste à la n de la peau avec la muqueuse.

pendant l'opération, la sortie du rectum se produit, on incline le bour- lu côté opposé à la cautérisation.

ès l'opération, il suffit, pour tout pansement, d'employer des lotions es.

lques-uns des enfants sont guéris dès le lendemain de l'opération, mais e plus petit nombre. Il arrive que la chute reparaît plusieurs jours, et guérison n'a lieu qu'au bout de huit à dix jours, lorsque la cicatri- est complète. C'est à cette époque que parfois une seconde cautéri- est nécessaire, mais cela est rare. L'incision de Dupuytren n'intéresse peau. Avec les pointes de feu, on transperce la peau et l'on atteint le e ; et de plus, comme dans la plupart des opérations faites avec le fer , on n'a pas à redouter les érysipèles et les phlegmons comme avec ument tranchant.

te opération n'est pas sans danger chez de jeunes enfants. Outre loi du chloroforme qui est nécessaire, la brûlure de la muqueuse se con- quelquefois en fissure très douloureuse pouvant durer un mois, comme

on l'a vu sur plusieurs malades ; ou bien elle est le point de départ d'ulcérations circulaires très douloureuses, à fond gris et à bords très durs, qui résistent à tous les moyens.

Enfin, nous rappellerons les expériences du docteur Duchaussoy avec la strychnine. Voulant redonner du ton aux muscles de la défécation qui en manquaient, il a imaginé d'appliquer à la marge de l'anus de petits vésicatoires à l'ammoniaque, pansés avec cet alcaloïde, et ses tentatives ont été couronnées de succès. On lit dans la *Gazette des hôpitaux* de la fin d'août 1853, une observation concluante. Il s'agit d'une fille de onze ans, atteinte depuis quatre ans d'une chute de rectum, qui est arrivé progressivement à 10 centimètres de longueur. Cette enfant porte des signes de scrofule, et elle est ordinairement constipée. La dilatation de l'anus permet l'introduction de quatre doigts.

Le 13 au soir, il lui pose un petit vésicatoire dans le point où M. Guersant applique sa première pointe de feu, et il le panse avec 0gr,01 de strychnine. Il élève successivement la dose jusqu'à 0gr,03 en posant deux nouveaux vésicatoires ; l'enfant éprouve des soubresauts dans les membres inférieurs, et la muqueuse, qui avait continué de sortir dans les premiers jours du traitement, ne sort plus le 18 du même mois, c'est-à-dire au bout de cinq jours.

M. Demarquay a obtenu une guérison par la galvano-puncture ; mais il a dû, quinze jours de suite, galvaniser les sphincters et le releveur pendant quelques minutes.

CHAPITRE III.

DES POLYPES DU RECTUM.

Les polypes du rectum sont très rares chez les jeunes enfants ; cependant MM. Stoltz, J. Bourgeois (1), Perrin et Dufresse-Chassaigne en ont observé des exemples. Ces polypes, d'un volume ordinairement peu considérable, ont de 1 à 2 centimètres de diamètre ; ils sont généralement charnus, et offrent une structure cellulo-vasculaire ou fibreuse. Ils tiennent par un pédicule à la muqueuse, et semblent résulter de l'hypertrophie d'un des follicules du rectum. Ils sont de couleur rosée, homogènes, quoique granulés, mamelonnés et très résistants sous le doigt. Ils laissent presque toujours suinter un peu de sang sous l'influence de la pression extérieure.

Les polypes du rectum restent assez longtemps sans donner signe de leur présence, puis ils sont l'occasion d'une petite hémorrhagie qui vient tous les six, huit ou dix jours ; quelquefois, au contraire, cette hémorrhagie est assez fréquente et chaque fois assez abondante pour jeter les enfants dans l'anémie et pour compromettre sérieusement leur existence. Cet écoulement de sang vient ordinairement avec les garderobes, et semble provoqué par le passage

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1842.

natières endurcies; il est accompagné de douleurs vives produites par les ons et quelquefois des fissures de la muqueuse du rectum.

es enfants ont tous de la constipation, mais ils ne sont pas autrement ma- s. On ne voit d'abord rien à l'orifice de l'anus, et pour arriver à un gnostic il faudrait pénétrer avec le doigt dans le rectum. C'est là une ex- ration difficile, très douloureuse, et qu'il ne faut exécuter que dans le cas nécessité absolue. Plus tard, le polype, entraîné par les efforts de la défé- ion et peut-être aussi par les matières, vient par intervalles se montrer dehors. C'est alors seulement que le diagnostic acquiert toute la certitude rable.

es polypes ne constituent généralement pas une maladie grave, et, à ns d'hémorrhagie considérable, n'exigent pas un traitement précipité. On attendre, on doit même attendre, sauf circonstances particulières, que lype vienne se montrer à l'orifice de l'anus. C'est alors qu'il faut l'opérer me l'indique J. Bourgeois, et comme l'a fait M. Perrin dans le cas nt :

SERVATION I. — Une petite fille de deux ans et demi, très intelligente, c, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une santé habituellement bonne, it, près de quatre mois avant l'extraction du polype rectal, que je fis le ctobre 1844, des selles ensanglantées. Sa mère, inquiète, me fit immédia- nt appeler. La santé de l'enfant était parfaite, et, à part un peu de consti- n ordinaire, je ne pus, pour tout symptôme morbide, constater rien autre e qu'un léger écoulement à l'instant précis de la défécation. Le sang excrété ait nullement mélangé avec le bol stercoral habituellement consistant, qu'il aisait que tacher extérieurement, et, souvent encore, que partiellement. La cation accomplie, la mère essuyait l'enfant, dont l'anus se trouvait sali par ng, qui ne reparaissait plus qu'au moment d'une nouvelle garderobe, et jamais d'autres circonstances. Le flux sanguin, presque nul, ne consistait qu'en uintement, ou véritable *stillicidium recti*. Il est même exact d'ajouter que morrhagie n'accompagnait pas toujours l'expulsion des fèces ; que l'enfant quelquefois plusieurs jours consécutifs sans perdre de sang, malgré les ts quotidiens de défécation.

n'y a jusqu'ici, dans cette observation, à part l'hémorrhagie anale et sa ma- e d'être, rien de commun avec les deux cas de fissure à l'anus observés à spice Necker ; mais l'analogie symptomatologique va se dessiner tout à l'heure, ajoute que, chez ma petite malade, il y avait parfois douleur au moment des érobes ; ce qu'elle témoignait par ses cris, et principalement quand la con- ation devenait plus intense, et que le bol stercoral acquérait plus de consis- e. Plusieurs fois, et particulièrement dans le cas de défécation douloureuse, pu constater au pourtour de l'anus un peu d'érythème, avec sensibilité mar- de cette région, quand on essuyait l'enfant. L'épithélium de la marge de as paraissait, en outre, comme gercé, fendillé, et desséché à la manière des iâlées, chez certaines personnes, par le froid de l'hiver, sans pourtant qu'il possible d'affirmer clairement l'existence d'une gerçure bien nette, d'une véritable. Malgré cette absence, et en tenant compte des autres circon- s que je viens de noter, j'aurais pu, avec quelque raison, songer à l'exis-

tence probable d'une fissure à l'anus, si, en même temps, j'eusse reconnu positivement la contraction spasmodique du sphincter. Mais il n'est pas facile, selon moi, d'apprécier chez un enfant le degré véritable de cette contraction, quand surtout cet enfant crie et se débat comme un petit diable sur les genoux de sa mère, aussitôt que vous voulez introduire le doigt dans son anus, qu'il ferme avec une énergie sans pareille : c'est du moins ce qui m'est arrivé chez la petite malade qui fait le sujet de cette observation. Aussi, au lieu de m'arrêter à l'idée d'une fissure, je n'hésitai pas à supposer la présence d'un polype dans le rectum de cette enfant. J'hésitai d'autant moins que, dans le même instant, je me rappelai les quatre faits publiés par M. Bourgeois, et dans lesquels les symptômes offerts par ses petits malades furent exactement ceux que je constatais actuellement chez le mien.

Pendant près de trois mois, l'état de la malade resta le même ; et comme la santé générale continua d'être parfaite, malgré cette légère hémorrhagie qui se renouvelait plus ou moins régulièrement au moment de la défécation, je crus pouvoir rassurer complétement les parents sur les suites de cette affection, me dispenser d'aller de vive force à la recherche du polype, et engager toutefois la mère à examiner, après chaque garderobe, l'anus de sa petite fille.

Cet examen de l'ouverture anale n'offrit rien à noter dans le commencement. Ce ne fut que vers la fin du troisième mois, à partir du début des accidents, que la mère crut avec raison reconnaître, au fond de l'anus entr'ouvert, immédiatement après l'émission d'une garderobe, la présence d'une petite grosseur, qui ne se montrait que par une portion de sa surface, et dont l'aspect mamelonné et la rougeur très vive simulaient assez bien une framboise. Cette tumeur ne se présentait pas toujours après chaque défécation ; ce ne fut que dans la dernière semaine qui précéda son extraction qu'elle se montra d'une manière plus constante, et qu'elle finit même par sortir complétement, sauf à rentrer au bout de quelques minutes. Après avoir été dix fois inutilement appelé par la mère pour opérer l'extraction de ce polype, qui rentrait et disparaissait pendant le temps qu'on mettait à venir me chercher, je pus enfin arriver au moment favorable, contourner aussitôt du pouce et de l'index la petite tumeur vers sa base, en refoulant l'anus le plus haut possible, et saisir le pédicule du polype, que je rompis avec mes ongles. Le pédicule était à peine rompu, que le polype s'échappa de mes doigts comme un noyau de cerise que l'on comprimerait de la même manière, et fut projeté à terre.

Le polype, de la grosseur d'une framboise, était exactement appliqué sur l'anus, qui, lui-même fermé, exerçait une véritable constriction sur le pédicule, de telle sorte que je ne crus pas devoir, à cause des cris et des mouvements de l'enfant, introduire mon doigt dans le rectum, dans le but de m'assurer, et de la longueur du polype, et du lieu exact de son implantation. L'hémorrhagie qui suivit l'extraction du polype fut à peu près nulle : quelques gouttes de sang s'échappèrent seulement : voilà tout. Cependant l'expulsion de la selle du lendemain fut accompagnée d'un caillot de sang noir du volume d'une petite noix, qui provenait comme on le devine, de l'hémorrhagie qui avait continué de se faire par le bout restant du pédicule. Depuis, le flux n'a pas reparu. La guérison date de plus de deux ans.

Voici une seconde observation recueillie chez un enfant de deux ans :

Observation II. — Chez cet enfant, fort bien constitué, et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garderobes, M. Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette, violacée, et d'une consistance qui ne

tait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane mu-
. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où
aérait, M. Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la
, qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de
licule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment l'enfant n'a présenté
accident.

i d'autres observations rapportées par M. Raymondaud, et où l'on voit
hement réussir à merveille.

RVATION III. — Émile C..., garçon de dix ans, rendait depuis quelque
du sang par l'anus, chaque fois qu'il allait à la selle. Il sentait alors échapper
s matières fécales un corps qui rentrait de lui-même quand il se relevait.
t les efforts de défécation opérés en présence du médecin, celui-ci vit
vec un bol stercoral une petite tumeur rouge, d'aspect framboisé, qui, re-
par son pédicule, resta étroitement appliquée à l'orifice de l'anus contracté.
mondaud posa un fil autour de ce pédicule, et, sous l'influence d'une
ction assez forte, la tumeur se détacha.

RVATION IV. — Un autre enfant de quatre ans était pâle, faible, ce qui
ait beaucoup les parents, d'autant plus qu'on trouvait toujours du sang
ux matières fécales. Cependant l'enfant mangeait beaucoup, digérait bien
t toute la gaieté de son âge. M. Raymondaud supposa que chez lui aussi
ait un polype du rectum.
dex fut introduit dans l'anus, et à 4 centimètres au moins de hauteur, un
rps charnu fut reconnu, mou, sphéroïdal, mobile, mais retenu par un pé-
à la paroi postérieure du rectum.
aymondaud ayant pressé assez fortement la face supérieure de la tumeur
celle-ci au dehors. Elle avait la grosseur d'une petite fraise. Une heure
l'enfant fit une selle qui contenait une assez grande quantité de sang. De-
sang n'a pas reparu.

nd l'hémorrhagie causée par le polype est très faible, et ne vient que
s six, huit ou dix jours, on peut attendre et différer l'opération. Si, au
re, l'écoulement du sang est considérable et assez fréquent pour affai-
constitution et amener l'anémie, ce qui arrive assez souvent, il faut se
à enlever la source du mal.
Stoltz a conseillé de détruire les polypes du rectum chez les enfants par
ure du pédicule et l'excision immédiate au-dessous du fil. Ce précepte
bon et met au-dessus des dangers d'une hémorrhagie ; mais il est
efois d'une pratique difficile, et sous ce rapport il ne vaut pas le procédé
J. Bourgeois. Ce médecin arrache purement et simplement le polype
en des doigts, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation que je viens
porter. Quatre fois ce procédé a été mis en usage par l'auteur, une fois
Perrin, deux fois par M. Raymondaud, et une fois par M. Dufresse ;
rs il a réussi sans accidents et sans causer la moindre hémorrhagie.
elui que je conseille de mettre en usage.

CHAPITRE IV.

DE LA FISSURE A L'ANUS.

La fissure à l'anus s'observe quelquefois chez les enfants à la mamelle. Elle est causée par les efforts de défécation et par la déchirure superficielle de la muqueuse qui tapisse le sphincter de l'anus. Elle est l'origine des cuissons et des douleurs brûlantes qui suivent chaque garderobe. Elle détermine quelquefois à ce moment la sortie de quelques gouttes de sang, mais ce n'est jamais une hémorrhagie considérable.

La fissure à l'anus doit être traitée ou par les délayants à l'intérieur dans le but de combattre la constipation, ou par les suppositoires de beurre de cacao opiacé, ou par les lavements astringents, avec le sulfate de zinc, 50 centigrammes pour 100 grammes d'eau ; avec le tannin, 1 gramme pour 100 grammes d'eau ; avec l'extrait de ratanhia, 1 gramme pour 80 grammes de liquide.

M. le professeur Trousseau en a observé des exemples qu'il a traités par l'extrait de ratanhia.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille âgée d'un an, habituellement bien portante, sujette, depuis sa naissance, à une constipation qui a particulièrement augmenté depuis quatre mois. L'enfant ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours, et pousse des cris violents au moment de chaque garderobe. La douleur semble commencer avec l'effort de défécation, et paraît très vive pendant le passage des matières fécales à travers l'anus.

Depuis un mois environ, la constipation devenant un peu plus opiniâtre, la défécation est encore plus douloureuse, et, à chaque garderobe, l'enfant rend quelques gouttes de sang qui sortent, soit avant, soit après les fèces, mais ne sont jamais mélangées avec elles.

Le pourtour de l'anus est parfaitement sain ; mais en écartant profondément les plis, on voit, à la partie antérieure et entre deux plis, une fissure large de 1 millimètre environ, longue d'à peu près 5 millimètres, un peu profonde, de couleur rosée, et d'autant plus facile à apercevoir que l'enfant, poussant des cris, fait effort comme pour aller à la garderobe. La constriction du pourtour de l'anus est telle, qu'on a peine à y introduire l'extrémité du doigt.

Quelques jours après la guérison de cette enfant, M. Trousseau avait à traiter un petit garçon, âgé de huit mois, qui, sevré trop tôt, fut pris d'une diarrhée très violente à laquelle succéda immédiatement une constipation très opiniâtre.

Cet état durait depuis huit jours déjà, lorsque l'enfant fut pris, pendant la défécation, d'une douleur excessivement vive. Les matières fécales, ce jour-là, furent tachées d'un peu de sang.

epuis ce moment, à chaque garderobe, l'enfant est pris de douleurs très s pendant les efforts de défécation, et chaque fois un peu de sang bien pur e les fèces sans se mélanger avec elles.

n examinant l'anus, on put constater un peu d'érythème, mélangé d'ec- ia presque complétement éteint, et l'existence, entre deux plis de l'anus, ne fissure large d'à peu près 2 millimètres, longue d'au moins 1 centi- tre, un peu profonde, de couleur rosée, et qui se développait très nette- nt, lorsque l'enfant faisait effort de défécation. L'anus, d'ailleurs, était le ge d'une constriction considérable.

Chez ces deux petits malades, la prescription fut :

Extrait de ratanhia.....	1 gramme.
Eau.....	100 grammes.

Pour un lavement chaque jour.

tte médication réussit à merveille et amena la guérison, chez la petite au bout de huit à neuf jours, et chez le petit garçon, au bout de trois seulement.

LIVRE XI.

DES MALADIES DU PÉRITOINE. — DE LA PÉRITONITE.

a péritonite, ou inflammation du péritoine, est une affection très commune les enfants nouveau-nés. Elle a été signalée par Billard, Dugès, plus ré- ment par M. Thore, dans un travail recommandable, et par M. Isidore riette, médecin de l'hospice des Enfants trouvés de Bruxelles. On l'ob- e également dans la seconde enfance, et alors elle se présente sous trois es : la péritonite *traumatique*, la péritonite *simple* et la péritonite *tuber- ise*. Les unes et les autres s'observent à l'état *aigu* et à l'état *chronique* (1).

Causes.

péritonite se développe quelquefois sur le fœtus encore renfermé dans n de sa mère, et elle constitue la *péritonite congénitale*. Billard, Dugès npson en ont rapporté de nombreux exemples.

voici un récemment publié par Virchow dans lequel la péritonite était eulement *congénitale*, mais *héréditaire* ou du moins liée à un trouble nt quoique inconnu de l'organisme maternel.

SERVATION I. — *Péritonite congénitale*, par le professeur Virchow. — La gée de trente ans, portait une division du palais. Elle avait mis au monde nts, dont l'aîné se portait bien. Les trois derniers étaient morts peu après

(1) Voy. p. 536, le chapitre consacré à l'*entérite tuberculeuse* ou *le cavreau*.

la naissance, tous trois avec de l'ascite. Pendant la dernière grossesse, cette femme se portait bien, l'accouchement se fit facilement et fut suivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau; le placenta était énorme. Le fœtus paraissait être arrivé au septième mois environ. Son abdomen était fortement distendu par un liquide brun rougeâtre; les intestins étaient en grande partie couverts de flocons fibrineux, le mésentère rigide, rétracté comme par un tissu cicatriciel. Le foie et la rate étaient volumineux, les autres organes sains.

La péritonite se manifeste le plus ordinairement après la naissance et pendant le premier mois de la vie. Son apparition coïncide souvent avec l'existence des épidémies de *fièvre puerpérale*, fait confirmé par M. Lorain (1). Elle se développe quelquefois d'une manière *primitive*, sans cause appréciable, et sans que nulle lésion anatomique voisine du péritoine puisse rendre compte de sa présence. Le plus ordinairement la péritonite est *secondaire* et résulte de l'érysipèle des nouveau-nés; de la phlébite ombilicale qui succède à la ligature du cordon; de l'obstacle au cours des matières de l'intestin par la constipation, l'imperforation de l'anus, l'invagination intestinale ou l'inflammation d'un sac herniaire; de la rupture de la vessie, de la déchirure du foie, de la perforation de l'estomac, de l'eczéma généralisé, etc. Dans tous ces cas, on peut admettre que l'inflammation a été communiquée au péritoine par les lésions de voisinage que je viens d'indiquer.

La péritonite est à peu près aussi fréquente chez les garçons que chez les filles, et se développe dans toutes les saisons, plutôt au printemps et dans l'été, mais sans influence bien marquée de la température extérieure.

Dans la seconde enfance la péritonite est un peu plus rare. Cette phlegmasie résulte de blessures, de coups portés sur le ventre, des perforations intestinales avec ou sans fièvre typhoïde, de l'inflammation aiguë et chronique du foie, des intestins, des reins, ou de la production des granulations fibroplastiques généralement appelées tubercules à la surface de la séreuse.

Altérations anatomiques.

Sous l'influence des différentes causes que je viens d'énumérer, le péritoine devient d'abord le siége d'une injection capillaire plus ou moins prononcée, à la surface interne des parois abdominales, et de la face inférieure du foie, dans le cas de phlébite ombilicale, ou dans les autres parties du péritoine voisines de la cause de son inflammation. Quelquefois cette rougeur est générale, et elle existe seule sans autre lésion du péritoine. Souvent des fausses membranes, de consistance et d'épaisseur variables, accompagnent cette coloration, et cet épanchement de lymphe plastique sert à établir des adhérences plus ou moins nombreuses entre les diverses anses intestinales. Le péritoine est, en outre, poisseux et gluant. Il renferme de la sérosité visqueuse, sanguinolente ou purulente, dans une quantité qui varie de 30 à

(1) *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Thèse inaugurale. Paris, 1855, in-4.

ımmes. Plus tard les adhérences sont plus compactes, plus résistantes, ɔrésentent après guérison de la péritonite, comme les adhérences de les séreuses anciennement enflammées, sous forme de filaments vascu- onvertis en brides celluleuses. C'est ce que Billard a vu chez deux en- ouveau-nés qui avaient eu leur péritonite dans le sein de leur mère.

éritonite, d'après M. Thore, existe souvent avec la pneumonie, quel- avec la pleurésie sans épanchement, avec la péricardite; mais ces lé- ont consécutives à la phlegmasie péritonéale.

s la seconde enfance les lésions de la péritonite sont les mêmes que adulte. Mais dans quelques cas l'épanchement de sérosité est beaucoup nsidérable et constitue de l'*ascite*.

z quelques enfants il y a en même temps des granulations fibro-plas- et tuberculeuses à la surface du péritoine dans l'épaisseur des tuniques testin, des viscères de l'abdomen et des ganglions mésentériques. C'est l'on nomme *péritonite tuberculeuse*. Je l'ai décrite en parlant du *u* (1).

Symptômes.

éritonite des nouveau-nés se présente ordinairement à l'*état aigu* et rement à l'*état chronique*. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes en rt obscurs, et souvent le diagnostic n'est établi que sur la table de l'am- ître, c'est-à-dire après la mort. Cela se conçoit : la péritonite est une e très souvent *secondaire*, qui se montre par conséquent dans le cours s maladies qui masquent son début par leurs symptômes propres.

endant, quand on observe ces malades avec soin et qu'en les exami- haque jour, on palpe leur ventre pour apprécier son état de souplesse, erçoit qu'il est le siége d'une douleur très vive à la pression, qu'il est ent tendu et ballonné ; cela suffit pour donner l'éveil et faire rechercher aurait pas d'autres phénomènes d'une phlegmasie péritonéale. Dugès re ont signalé la saillie considérable de l'ombilic chez le nouveau-né ; e caractère qui est bon ne se montre plus dans la péritonite développée is après la naissance. Les enfants vomissent souvent, et sont ordinaire- onstipés. Cependant l'un et l'autre de ces caractères peuvent manquer, est froide et le pouls petit, fréquent, souvent insaisissable. La face ne te pas d'altération marquée comparable aux modifications que subissent ts d'un adulte atteint de péritonite. Il y a en outre une altération très nte des mouvements respiratoires, qui semble indiquer leur gêne et la r qu'ils provoquent. Ce caractère que j'ai fait connaître en 1845 me d'une grande importance. La respiration est *courte*, *incomplète*, irré- ; chaque inspiration, arrêtée subitement, semble douloureuse ; de à autre, un mouvement respiratoire lent et profond arrive pour sup- l'insuffisance des respirations précédentes.

(1) Voy. p. 536, article CARREAU OU ENTÉRITE TUBERCULEUSE.

En résumé, pouls petit, fréquent, souvent impalpable ; tension du ventre, saillie de l'ombilic, douleur de l'abdomen à la pression ; quelquefois des vomissements et de la constipation ; modification profonde des caractères extérieurs de la respiration, qui est devenue douloureuse, courte, incomplète, saccadée, irrégulière ; voilà les caractères les plus importants de la péritonite aiguë des jeunes enfants.

Observation II. — *Péritonite aiguë.* — Billard rapporte qu'Alexis Sonnecourt, âgé de quatorze jours, fort et vigoureux, s'est infiltré depuis deux jours, a vomi tout ce qu'on lui a fait prendre, et est devenu très pâle.

Le facies est douloureux ; l'enfant est continuellement agité. Son ventre est ballonné et forme la pointe vers le nombril ; il est dur et fort douloureux au toucher ; car, aussitôt qu'on le comprime, l'enfant jette un cri, devient rouge, et respire avec la plus grande difficulté. La poitrine résonne dans toute son étendue ; la peau est sèche et brûlante ; on ne peut trouver le pouls au poignet, et les battements du cœur au stéthoscope son profonds et obscurs ; le cri est petit, faible, aigu et à peine entendu ; il n'y a pas d'évacuations alvines. Diète, eau sucrée, cataplasme sur le ventre ; bains.

L'enfant meurt trois jours après le début des accidents. Ouvert le lendemain, on trouve la bouche, l'œsophage et l'estomac sains. Les intestins sont distendus par une grande quantité de gaz ; le péritoine n'offre aucune rougeur dans les différents points de sa surface ; mais il existe des adhérences récentes, et cependant assez solides, entre les circonvolutions intestinales, une couche pseudo-membraneuse assez épaisse sur le mésentère, et à peu près 2 onces d'un liquide séro-purulent épanché dans la cavité péritonéale. L'appareil circulatoire et le cerveau sont sains.

Observation III. — *Péritonite aiguë.* — Un garçon de quatre mois, né d'une mère infectée de syphilis, ayant lui-même un coryza et un eczéma syphilitique généralisé, vint à l'hôpital Necker.

Cet enfant fut traité par les topiques, et il était à peu près guéri, quand il fut pris de catarrhe pulmonaire avec dyspnée considérable, et une gêne toute particulière dans les mouvements extérieurs de la respiration. Ces mouvements étaient *courts, incomplets, saccadés*, et paraissaient douloureux : ils se succédaient régulièrement, et au bout de huit ou dix inspirations, survenait une respiration lente et profonde, capable de suppléer à l'insuffisance des respirations précédentes. Le ventre était fort tendu et ballonné, la peau très chaude, le pouls fort petit et très fréquent, 160 pulsations par minute. Il n'y eut pas de vomissements, et les selles étaient régulières.

L'enfant mourut ; à l'autopsie je trouvai une péritonite aiguë avec épanchement séro-purulent et fausses membranes dans les intestins. Il y avait quelques noyaux de pneumonie lobulaire.

Observation IV. — *Péritonite aiguë.* — A l'hôpital Necker, chez un garçon de six semaines, à la suite d'un de ces érysipèles ambulants, si graves à cet âge, il parut avec le ballonnement et la douleur du ventre, la petitesse et la fréquence du pouls, 170 à 180 par minute, une gêne de la respiration en tout semblable à celle que nous venons de décrire ; et il y avait de plus un gémissement plaintif très évident à chaque expiration.

Il n'y eut pas de nausées, pas de vomissements ni de constipation. La face,

rée, n'offrait point cet aspect grippé qu'elle présente dans la péritonite des ltes.

L'enfant mourut : il avait un épanchement séreux considérable dans l'abdo-n, quelques fausses membranes sur l'intestin, et un grand nombre de ces pro-ts sur les faces supérieure et inférieure du foie.

La péritonite chronique du nouveau-né est très rare et ses symptômes sont t difficiles à exposer, attendu qu'il n'y en a qu'un seul fait publié par Billard. est un cas de péritonite chronique consécutive à une inflammation d'in-stin qui ressemble à des cas analogues bien communs à un âge plus avancé. Le ballonnement du ventre, la diarrhée, les envies de vomir, la gêne de la piration, la petitesse du pouls, le marasme et la faiblesse du cri, furent symptômes observés durant la vie.

e péritoine était le siége de nombreuses adhérences et renfermait grammes de sérosité jaune et troublée. L'intestin grêle était injecté, et voyait dans le côlon de nombreuses vergetures *ardoisées*, traces d'une ne inflammation de cet intestin.

péritonite aiguë des jeunes enfants suit ordinairement une marche très e et se termine par la mort en douze, vingt-quatre ou trente-six heures. par exception qu'elle se prolonge davantage.

pronostic de la péritonite des nouveau-nés est extrêmement grave. Pres-ous les enfants succombent à la ville comme à l'hôpital. Cependant quel--uns guérissent, et la preuve c'est que dans certaines autopsies on trouve ar des anses intestinales des brides qui sont évidemment le résultat d'an-ies péritonites terminées par la guérison. Pour mon compte, je pense dans ce cas, ces adhérences sont le résultat de péritonites latentes déve-ées autour d'un viscère malade, car il est bien difficile de croire à la gué-n d'une véritable péritonite aiguë et de quelque intensité.

éritonite de la seconde enfance. — Dans la seconde enfance la péritonite e s'annonce par une douleur aiguë excessivement vive de tout le ventre, le refroidissement des mains et du visage, par l'altération des traits, par omissements bilieux verdâtres et par une extrême petitesse du pouls.

cet âge, la péritonite chronique est indolente ou peu douloureuse. La e est presque nulle et il n'y a plus de vomissements. Le ventre est volu-eux, tendu, fluctuant, à l'hypogastre ou en totalité. Il est mat dans les par-déclives et résonne dans la région supérieure ou sous les intestins, mais matité et cette résonnance varient avec le décubitus des malades, ce prouve qu'il y a du liquide libre dans la cavité péritonéale.

Traitement.

ré la gravité du pronostic, le médecin ne doit pas rester inactif vis-ue la péritonite aiguë. C'est une maladie qu'il faut combattre comme si était sûr de la guérir, et dans l'espoir de favoriser la guérison.

Il faut suspendre l'allaitement et ne faire boire que de l'eau de gomme légèrement laudanisée. Il faut appliquer une ou deux sangsues sur le ventre autour de l'ombilic, mettre l'enfant dans des bains de son et de guimauve, et des cataplasmes sur les parois du ventre. Si l'enfant est assez débile pour faire hésiter dans l'application des sangsues, il faut tout de suite les remplacer par des onctions mercurielles très épaisses, ou par un large vésicatoire volant sur la paroi abdominale : c'est même le meilleur moyen à employer. Si l'enfant ne va pas à la garderobe, on peut lui donner quelques centigrammes de calomel, du sirop de chicorée ou des lavements légèrement purgatifs, mais ces moyens ne conviennent plus quand il existe une diarrhée abondante qui fait soupçonner l'existence d'une entérite.

Chez les enfants plus âgés il faut couvrir le ventre d'huile laudanisée, et donner de l'opium à haute dose, centigramme par centigramme, toutes les deux heures, jusqu'à cessation de la douleur et production de la somnolence.

LIVRE XII.

DES MALADIES DU FOIE.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS.

L'ictère est un phénomène qu'on observe assez fréquemment chez les nouveau-nés, et qu'on a décrit jusqu'à ce jour comme une maladie essentielle ; sa cause est encore l'objet de nombreuses contestations. Billard et Valleix le considèrent comme le résultat d'une ecchymose de la peau succédant à la congestion tégumentaire primitive de ses téguments. Cette opinion est fort ancienne, mais c'est une erreur. L'ictère des nouveau-nés, comme celui de l'adulte, résulte toujours d'une affection inflammatoire légère ou grave du foie ; mais chez les nouveau-nés il est ordinairement consécutif à l'oblitération de la veine ombilicale ; cette inflammation produit l'obstruction des conduits biliaires, nuit à la circulation de la bile, et provoque son passage dans le sang. Nous ne décrirons donc pas l'ictère comme une maladie essentielle, mais bien comme le symptôme d'une altération organique du foie, et principalement comme le symptôme de l'hépatite aiguë.

Sennert considère la coloration jaune de la peau chez le nouveau-né comme l'indice d'un obstacle au passage de la bile dans le duodénum et comme une cause de constipation : « Si bilis ad intestina non fluat, fœces alvi non sunt » tinctæ, sed albæ, et cineritiæ, et in infantibus corporis color fit flavus. » Sylvius l'attribue à l'épaississement du fluide biliaire dans la vésicule. Enfin

gagni (lettre XLVIII) dit qu'il est toujours produit par une gêne de la ulation du foie succédant à la ligature du cordon, gêne de laquelle résulte trouble dans la sécrétion biliaire. — C'est à cette opinion que je me suis aché, et il me semble voir dans cette phrase l'énoncé de ce que l'on appelle ourd'hui phlébite ombilicale. — Van Swieten et Rosen placent également ause de l'ictère dans un obstacle au cours de la bile, et c'est aujourd'hui inion la plus généralement adoptée des médecins. — Que la bile trop épaisse puisse couler dans l'intestin, qu'une phlébite ombilicale, qu'une hépatite asionnée par le travail de l'accouchement en arrête la sécrétion, le résultat le même, et ce liquide rentre dans le sang pour colorer la peau et les us en jaune.

L'ictère des nouveau-nés est donc le résultat d'une légère affection orga- que des vaisseaux du foie, des vaisseaux et des conduits biliaires, et je vais tudier à propos de l'hépatite dans les chapitres suivants.

CHAPITRE II.

DE L'HÉPATITE.

hépatite est le nom donné à l'inflammation du foie. C'est une maladie fréquente chez l'enfant nouveau-né, peu de jours après sa naissance. Le des enfants qui viennent au monde en est affecté, et elle a été jusqu'à nt décrite sous le nom de son principal symptôme, qui est l'*ictère*.

hépatite du nouveau-né peut être le résultat de la compression du corps etus dans le travail de l'accouchement, ou de la contusion du foie au ent de la parturition. Elle peut être déterminée par l'impression de l'air ieur sur la peau, et notamment sur la circulation générale et cutanée. est, enfin, comme j'en ai vu plusieurs exemples, le résultat de la phlébite ilicale qui succède à la ligature du cordon, et qui, de l'ombilic où elle d sa naissance, va s'étendre aux veines du foie. On l'a enfin observée le cours de l'entérite et du sclérème.

Altérations anatomiques.

e foie est alors très gonflé et gorgé de sang noir liquide. Les vaisseaux du en sont remplis ainsi que ceux de l'abdomen; il y a même quelquefois exsudation de ce liquide dans la vésicule biliaire et jusque dans le duo- um. La bile est un peu plus jaune et plus abondante que de coutume : on sait que chez les nouveau-nés, la bile, au lieu d'être jaune, est au raire d'un vert noirâtre très foncé.

e tissu du foie est granuleux, rouge violacé, toujours un peu ramolli et ent adhérent au moyen de fausses membranes; il renferme quelquefois petits abcès dans son intérieur, mais seulement dans les cas d'hépatite e. Baumes et le docteur Martin (de Lyon), cité par M. Richard, en ont

rapporté plusieurs exemples. Ce dernier a vu non-seulement des abcès dans le foie, mais encore d'autres collections purulentes dans le scrotum, à la paume des mains, dans les muscles, comme s'il y avait là les caractères d'une résorption purulente. Il est à regretter que, dans ces cas, le docteur Hirth n'ait pas tenu un compte suffisant de l'état de la veine ombilicale.

Cette veine présente quelquefois des traces non équivoques d'inflammation, elle est remplie d'un caillot mou, peu adhérent et séparé des parois par du pus. Dans plusieurs cas même, la suppuration existe dans la gaîne du vaisseau, et se voit au-dessous du péritoine, de la paroi abdominale.

La peau est jaune, ainsi que le tissu cellulaire et adipeux sous-cutané. La coloration est étendue aux organes profonds, à l'intestin, aux interstices musculaires, aux os, au cœur, à la moelle, au cerveau, etc., cela n'a rien d'étonnant, puisque la suffusion ictérique est générale. Il n'y a, à cet égard, que des différences de degrés; si l'ictère est un peu intense, il existe principalement dans les parties superficielles et vasculaires, comme la peau; il se montre partout quand il est plus considérable. On dit cependant qu'il n'en est pas ainsi, et l'on prétend avoir observé, car je ne l'ai pas encore vu, l'ictère local, l'ictère des parties profondes, et d'un organe en particulier, sans ictère des téguments : ainsi, Billard dit avoir observé deux fois la couleur jaune de la graisse chez des enfants naissants, et il ajoute : Lorsqu'on incisait transversalement la cuisse, la coupe du moignon présentait une ligne jaune circulaire, ayant pour siége le tissu adipeux sous-cutané, tandis que ni la peau qui était à l'extérieur, ni les muscles qui étaient au centre, n'étaient jaunes. Avant cette dissection on ne se fût pas douté que l'enfant était ictérique. Il a aussi trouvé le périoste et le tissu des os teints en jaune, avec ou sans l'ictère général.

Il est impossible que Billard se soit trompé quant aux phénomènes qu'il rapporte, et l'on peut accepter, sur son témoignage, ce qu'il dit de la couleur jaune de certains tissus sans l'ictère général; mais il y a peut-être erreur dans l'interprétation des faits. L'ictère local est tellement en dehors des lois de la pathologie, qu'il est difficile de l'accepter comme un véritable ictère : on ne le comprend pas; ou alors cette maladie n'est pas constituée par le passage de la matière colorante de la bile dans le sang. Il est probable que Billard a été la dupe de ses sens, et que, guidé par un simple phénomène, la couleur jaune, il aura rapproché des maladies de nature toute différente, et qu'il aura réuni à l'ictère, maladie essentiellement générale, des altérations locales de couleur dans quelques tissus, altérations indépendantes de l'affection qui nous occupe.

1° *De l'hépatite simple.*

Formes.

L'hépatite aiguë donnant lieu à l'ictère des nouveau-nés se présente sous deux formes distinctes, l'une *simple*, *vulgaire*, l'autre *maligne* : la première est faible et légère ; l'autre, au contraire, est grave et très intense.

atite aiguë, faible, ou *hépatite vulgaire*, se montre chez le tiers des peu après la naissance. Elle s'annonce par une coloration jaunâtre qui à la couleur rouge de la peau chez tous les nouveau-nés, et devient difficile à connaître, c'est l'*ictère*. La peau est d'un jaune rougeâtre, n applique le doigt à sa surface, au lieu de blanchir, elle jaunit sous ion et redevient aussitôt rouge. Plus tard, au bout de deux ou trois 'ictère est très apparent; la couleur rouge de la peau s'évanouit, et la térique persiste.

loration jaunâtre de la peau n'est pas, comme l'ont dit Billard et une ecchymose résultant de la congestion sanguine des téguments ent de la naissance, car elle existe ailleurs que sur la peau. On la ssi sur les conjonctives, à la face inférieure de la langue et dans les ue l'on ne peut recueillir, il est vrai, mais qui donnent au linge une jaune caractéristique. Les matières fécales conservent leur apparence viennent que très rarement grisâtres comme chez l'adulte.

ntre est légèrement tendu et douloureux au niveau de l'hypochondre pression est pénible et le foie déborde beaucoup les côtes. La peau rément chaude, le pouls de 110 à 120, les fonctions digestives sont s en assez bon état.

out de six à dix jours, la coloration jaune commence à disparaître re place à la teinte rosée naturelle de la peau des jeunes enfants.

atite vulgaire et l'ictère qui l'accompagne se distinguent de la *coloration e physiologique* de la peau des nouveau-nés, en ce que la couleur st bien prononcée, beaucoup plus générale, et se montre en même ur les conjonctives et sur la muqueuse buccale dans l'ictère de l'hé- tandis qu'il n'en est pas ainsi dans ce qu'on appelle la coloration jau- e la peau des nouveau-nés.

forme de l'ictère avec faible hépatite n'a rien de grave et sa marche mais entravée par des accidents sérieux. Elle se termine toujours favo- ent, sans le secours d'aucune médication spéciale.

Traitement.

t traiter l'hépatite vulgaire, ce que d'autres appellent l'ictère des nou- s, par des bains tièdes, simples ou aromatiques, pendant une demi- répétés une à deux fois par jour. Il faut faire de légères frictions avec itueux sur le ventre et sur la région du foie. Il faut enfin couvrir les avec de la flanelle. Ces moyens suffisent pour faire disparaître la mala- eu de jours.

u'elle est accompagnée d'entérite ou de sclérème, il faut, en outre, n usage les médicaments conseillés dans le chapitre consacré à l'his- ces maladies.

2° *De l'hépatite maligne, ou ictère grave.*

Cette seconde forme de l'hépatite aiguë constitue l'ictère grave. Elle se rencontre beaucoup plus rarement que la précédente, et la plupart des médecins ne l'ont peut-être jamais observée; Baumes, Richard (de Nancy), Martin (de Lyon), Henke en ont vu quelques exemples.

L'hépatite grave ou *maligne* se développe absolument dans les mêmes conditions que l'hépatite *simple*, seulement ses lésions anatomiques, sa marche et sa terminaison fâcheuse l'en séparent d'une manière absolue, tout comme il faut séparer la variole, la scarlatine et la rougeole vulgaires de la scarlatine et de la variole malignes.

Ici, comme nous l'avons indiqué précédemment, la lésion anatomique n'est plus simplement un ictère général avec congestion sanguine du foie accompagnée de l'hypertrophie de l'organe, ce qui a lieu dans l'hépatite vulgaire; il y a, en outre, ramollissement considérable, décoloration partielle des granulations hépatiques, et çà et là des foyers de suppuration disséminés dans les lobes du foie. Baumes, Richard et Martin (de Lyon) ont, ainsi que je l'ai déjà dit, rapporté plusieurs cas de ces suppurations multiples du foie, avec ou sans abcès dans d'autres régions du corps.

Dans ce dernier cas, il est bien probable que l'hépatite est la conséquence d'une phlébite ombilicale, et que les abcès disséminés sont la manifestation anatomique d'une infection purulente.

Les enfants nouveau-nés, affectés d'hépatite maligne, ont la fièvre. Leur visage est injecté; la peau du corps chaude, rouge, jaunâtre, puis complètement jaune; les conjonctives et le dessous de la langue jaunâtres, et les urines très colorées en jaune salissent le linge. L'ictère est toujours parfaitement caractérisé.

Le ventre est dur, tendu, douloureux à l'hypochondre droit, et le foie tuméfié déborde beaucoup les côtes. Les enfants ont des nausées, rejettent quelquefois des matières rougeâtres et rendent le méconium abondant, foncé en couleur, ou seulement du méconium décoloré jaunâtre. D'après Henke, ces matières seraient souvent grises, ce qui me semble en opposition avec les résultats de tous les observateurs.

La respiration est laborieuse, le hoquet fréquent, et, comme l'indique M. Richard, quand cet état s'accroît ou se prolonge, il survient une profonde altération des traits; les yeux deviennent fixes, quelques convulsions se manifestent à la face et dans les muscles des membres; l'enfant tombe dans le collapsus, se refroidit et meurt.

Quelquefois cette forme de l'hépatite aiguë est accompagnée de rougeurs érysipélateuses sur la peau, de phlegmons sous-cutanés autour du lieu d'insertion du cordon et sur différents points du corps, d'aphthes et d'ulcérations purulentes sur les lèvres, aux commissures de la bouche, des paupières et à

:e du prépuce et de l'anus. Quelquefois enfin ces diverses inflammations
ninent par la gangrène.

épatite maligne fait périr les enfants en quelques jours, et je ne sais pas,
à présent, s'ils en est qui soient guéris de cette affection. C'est donc
aladie grave et du plus fâcheux pronostic.

es enfants sont forts et vigoureux, peut-être pourrait-on mettre une ou
angsues à la région du foie en ayant soin d'arrêter promptement l'écou-
t du sang. Je préférerais les bains tièdes prolongés et répétés deux fois
ur, les fomentations, les cataplasmes, les lavements huileux et purgatifs,
froide pour arrêter les vomissements, l'eau de fleur d'oranger pur par
ées à café, une goutte de laudanum de Sydenham toutes les heures, et
un vésicatoire volant sur la région du foie.

cas d'abcès à la peau et de phlegmons gangréneux, il faut ouvrir de
heure les foyers de suppuration, les laver avec soin, les déterger avec
aromatique, de la teinture de quinquina ou une solution de chlorure
le de sodium, et les couvrir de poudre de quinquina en les pansant avec
rat ou du styrax afin d'aider à la cicatrisation.

ictère des nouveau-nés est toujours le résultat d'un obstacle au cours
bile par l'épaississement de ce fluide, l'obstruction du canal cholédoque,
ébite ombilicale et l'inflammation du foie. Il se distingue de la colo-
jaunâtre physiologique des téguments après la naissance en ce que
ci est superficielle et bornée à la peau, tandis que la coloration ictérique
e aussi les conjonctives et les parties profondes du corps.

ıs la plupart des cas, l'ictère est *simple* et guérit assez vite; mais chez
ues enfants il se complique de phénomènes adynamiques et occasionne
ment la mort.

3° *De l'hépatite chronique.*

a aussi parlé d'une hépatite chronique du nouveau-né dont Burns a
la description, mais les faits que rapporte cet auteur sont très incom-
et ne peuvent, quant à présent, servir à l'histoire de cette maladie. Je
pas observée moi-même, car elle est très rare; aussi m'abstiendrai-je de
rire en détail. Cependant c'est peut-être à cette affection qu'il faut rap-
certaines lésions particulières du foie, signalées vaguement par d'anciens
s comme appartenant à la syphilis, et très bien décrites tout récemment
Gubler avec cette qualification. A part son interprétation, le fait existe,
quelques nouveau-nés atteints de syphilis congénitale, le foie est pro-
nent altéré, inégalement induré et décoloré, jaunâtre et infiltré d'une
té d'éléments de tissu fibro-plastique, plus nombreux que ceux de l'état
l. C'est une altération profonde, toujours ancienne et qu'on peut très
onsidérer comme une hépatite vénérienne chronique. Je me réserve de
rire plus loin dans le chapitre consacré à la syphilis des nouveau-nés.

4° *De l'hépatite traumatique.*

C'est là une forme de l'hépatite toute différente de celle que je viens de décrire. Elle s'observe à tout âge, et dans notre pays, avec notre température, sauf le cas d'infection purulente, les abcès du foie sont ordinairement le résultat des contusions de cet organe. En voici un exemple recueilli par M. Renaud, sur un enfant de seize mois. L'hépatite fut causée par une contusion sur l'hypochondre droit, et elle fut suivie de la formation d'un abcès ouvert à l'extérieur et terminé par la mort de l'enfant.

Observation. — *Abcès du foie ouvert à l'extérieur chez un enfant de seize mois*, par M. Renaud. — Appelé le 27 mars dernier près d'un enfant de seize mois, j'appris qu'il était malade depuis six semaines, depuis que, dans une chute d'une hauteur d'un mètre, il avait reçu un coup violent à l'hypochondre droit. Avant cette époque, il jouissait d'une bonne santé; mais à partir du jour de sa chute, sa physionomie exprima une souffrance continuelle; le dépérissement fut progressif. Cependant les parents, dans leur négligence coupable, n'eurent pas recours à l'intervention du médecin; ils y songèrent alors seulement qu'ils virent la formation d'une tumeur qui leur paraissait extraordinaire. Les renseignements obtenus lors de ma première visite, sur les premiers symptômes éprouvés par le petit malade, sont trop peu précis pour les transmettre ici; mais j'appris positivement que l'enfant n'a jamais eu d'ictère ni aucun trouble du côté des fonctions digestives.

Le 27 décembre, l'enfant Barbe présente le décubitus sur le côté droit, hors de son berceau, il s'incline du côté droit, position qu'il recherche depuis le jour de l'accident. La peau est pâle, sèche; la respiration anxieuse; le pouls petit, accéléré. Le lait maternel est pris chaque fois avec avidité; les excrétions alvines sont jaunes et de consistance normale; aucun vomissement. Le ventre, volumineux, dur, offre à l'hypochondre droit une tumeur considérable, arrondie, fluctuante, pulsative.

Le 1er janvier 1851, après une légère ponction explorative, je pratique une ouverture suffisante, et il s'échappe du sein de la tumeur qui s'affaisse une quantité énorme de pus phlegmoneux.

Le 4, l'écoulement purulent a toujours été abondant; la peau qui recouvrait la tumeur est amincie; sur plusieurs points apparaissent des trajets fistuleux.

Le lendemain, la peau est attachée au cataplasme, et abandonne une surface blanche recouverte de matière purulente. La plaie est circulaire: elle semble avoir été faite avec un emporte-pièce; sa dimension est de 6 centimètres sur 7.

Le 7, les membranes qui recouvrent la surface convexe du foie sont gangrenées; je les enlève. La dixième côte fait dans l'intérieur de la plaie une saillie de 2 centimètres, et oppose une résistance à la glande hépatique, lorsque celle-ci est portée en dehors dans l'acte respiratoire.

Le 8, la surface du foie présente une teinture grisâtre; une ulcération s'est formée sur la partie comprimée par la côte.

Le 9, la côte est reséquée dans sa portion saillante; elle m'a paru flottante entre la paroi abdominale et le foie, retenue seulement par l'extrémité vertébrale et frappée de nécrose.

Le 11, le foie remplit l'ouverture circulaire, à la partie supérieure de laquelle représente une échancrure de 0m.03 de longueur sur 0m,015 de profondeur.

ıs, toujours abondant, est devenu fétide, mélangé de détritus du tissu hé-
ue.

15, l'appareil est imprégné de bile non altérée, dont la sortie a lieu jusqu'à
ort. L'enfant est plongé dans le marasme et une profonde adynamie ; il est
de hoquet ; la face est grippée, la peau d'une pâleur bien prononcée, le
s filiforme et accéléré. Néanmoins aucun trouble ne surgit du côté du tube
tif. Au traitement interne, qui consistait en huile de foie de morue et sirop
inquina, on ajoute un peu de bouillon et de vin sucré. Mort, deux jours
s.

M. les docteurs Gros, Oviou et Duhamel assistèrent aux dernières phases
tte maladie vraiment rare et intéressante de l'enfant Barbe, et assistèrent
ment à l'autopsie, que l'opposition des parents a rendue incomplète. Nous
remarqué de l'adhérence du foie avec la paroi abdominale, au moyen de
o-membranes étendues et recouvertes de pus phlegmoneux ; une cavité située
partie supérieure et externe de sa face convexe, capable de loger une grosse
les parois de cette cavité, dures, d'une couleur blanchâtre, d'une épaisseur
7 millimètres ; aux environs, le tissu du foie violacé et induré ; à une dis-
de $0^m,03$, l'organe présentait la texture normale, mais dans son tiers infé-
et externe plusieurs petits abcès profonds.

CHAPITRE III.

DE L'ATROPHIE AIGUE DU FOIE.

docteur Lœschner a publié en Allemagne un mémoire sur l'atrophie
du foie des enfants (1), maladie rare que nous ne connaissons pas en
, et dont je n'ai pas encore vu d'exemples, à moins qu'il ne faille ré-
ce nom pour l'*hépatite maligne* dont je viens de parler.

près ce médecin, le diagnostic de cette affection chez les enfants est
e, à cause des complications qui accompagnent et masquent cette mala-
à cause de sa marche particulière ; chez les enfants de deux à quatre ans,
end l'apparence d'une méningite, et chez les enfants de sept à douze ans,
l'une fièvre typhoïde ; il n'y a que l'examen minutieux de la région du
ictère qui ne manque jamais, l'absence de quelques symptômes surtout
éristiques de la méningite et tout l'ensemble de la maladie qui puis-
faire éviter l'erreur. L'atrophie aiguë du foie se distingue de la
typhoïde par la lenteur du pouls (60-70 par minute), par la coloration
plus ou moins intense de la peau, par des douleurs existant au com-
ement dans l'hypochondre droit et s'étendant parfois dans l'épaule, par
tissement total des fonctions digestives, avec absence de phénomènes
haux, par la stabilité des symptômes, sans rémissions, sans exacerbations,
diminution du volume du foie et par l'urine foncée, renfermant beau-
biliphéine. La méningite existe souvent comme complication, causée
affection du foie ; dans ce cas, il n'y a que les phénomènes saillants et
en physique, en regard des altérations fonctionnelles du foie, qui puis-

(1) *Allg. med. central. zeitung*, 1856, n° 68.

sent faire reconnaître l'atrophie comme maladie fondamentale. Cette atrophie trompe souvent par une marche foudroyante; mais on ne voit alors que la phase finale de la maladie, qui s'est préparée depuis longtemps par un vice de nutrition et une altération du sang passés presque inaperçus.

LIVRE XIII.

DES MALADIES DES REINS.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE.

La néphrite albumineuse est une affection organique des reins, accompagnée d'urines albumineuses. C'est une maladie très commune chez l'adulte et qu'on ne connaît bien que depuis les travaux de MM. Bright, Christison, Martin-Solon, Rayer, etc. (1). Elle se montre quelquefois chez les jeunes enfants à la mamelle, mais le fait est rare, quoique M. Charcelay ait avancé le contraire à propos du sclérème qu'il regarde comme une néphrite albumineuse. Je ne partage pas cette opinion, et je maintiens que cette maladie est peu commune dans la première enfance. On l'y observe néanmoins, et je vais en donner la preuve un peu plus loin en donnant textuellement deux observations dont j'ai connu les malades.

Cette maladie s'annonce par la décoloration des téguments, l'œdème des pieds et des mains, le gonflement du ventre par suite d'un épanchement séreux abdominal, la bouffissure du visage, et enfin par le passage du sang ou de l'albumine dans les urines.

On reconnaît cette altération rénale par celle de la sécrétion urinaire en ajoutant quelques gouttes d'acide nitrique à l'urine altérée, ou en la fait bouillir dans un petit tube de verre. D'une façon comme de l'autre, un précipité blanchâtre, granuleux, décèle la présence de l'albumine qui est devenue solide sous l'influence de la chaleur et du réactif.

M. Rayer a vu plusieurs enfants de six mois à un an déjà affectés de cette maladie, et il m'a donné à examiner les urines sanglantes et albumineuses d'un enfant de neuf mois. M. le docteur Noël m'a communiqué l'observation d'un enfant de dix-huit mois, qui devint bouffi pendant la durée d'une entérite chronique dont les urines précipitaient par l'acide nitrique et la chaleur, et qui mourut après plusieurs mois de souffrances. M. Grisolle en a vu un exemple dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et ce fait est des plus curieux, car

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*. Paris, 1841.

albumineuse, chez un enfant de quelques semaines, n'a occasionné cidents passagers d'hydropisie non suivis de mort. Voici cette ob-

ion I. — Charles Désiré, garçon, demeurant rue Saint-Pierre, âgé naines, né à la Maternité, entre le 13 décembre 1849 à l'hôpital ne.

a été bien portante pendant sa grossesse ; la couche n'a rien eu de Elle a commencé à nourrir son enfant : dès le second jour, elle avait ; son enfant était gros et peloté au moment de sa naissance.

sortit au bout de onze jours de couche, et fut habiter un garni où elle froid et de la faim ; elle se trouva souffrante, fut prise de frissons ; ses upprimèrent, furent remplacées par des flueurs blanches, et elle entra iutant pour elle que pour son enfant qui avait une ophthalmie.

, la mère ayant laissé son enfant seul dans une chambre sans feu, isieurs heures, le trouva en rentrant *roide* et *bleu* de froid.

le son entrée à l'hôpital, elle fit observer que son enfant avait la main ée. On prit peu garde à cet œdème local. Ce n'est qu'au bout de quel- qu'ayant remarqué que l'enfant maigrissait, dépérissait, et qu'il était mé, on le démaillotta, et l'on remarqua que tout le membre pelvien t le siége d'un œdème mou, blanc, qui s'étendait jusqu'à la partie bourses.

st légèrement trouble, de couleur citrine foncée, et précipite fortement on de l'acide azotique.

main, même essai, même résultat.

vier, fer réduit par l'hydrogène, 1,20, en deux fois.

13, l'œdème qui est mou, se laisse facilement déprimer sous le doigt une empreinte pendant une ou deux minutes ; il est variable dans ié et dans son siége, tantôt prédominant aux mains, tantôt aux jambes ses. Il a existé pendant vingt-quatre heures au menton et aux pau-

èvre, respiration normale, un peu de toux.

edème beaucoup moindre.

est complétement incolore, un peu muqueuse. Aucun précipité par ique ; la chaleur bouillante lui communique une très légère teinte opa- ocons.

n'y a plus d'œdème que sur la face dorsale des pieds.

a repris ; il est moins affamé.

'œdème n'a plus reparu. Sueurs abondantes depuis quelques jours.

sensible à l'acide et à la chaleur.

enfant est plus gai, son cri plus fort ; il est toujours un peu maigre. au rachitisme. Suspension du fer.

illerées à café d'huile de foie de morue.

rier, urine insensible aux réactifs.

eat.

evu l'enfant, qui a engraissé ; l'œdème n'a pas reparu.

ril, revu la mère de l'enfant, qui avait repris et engraissé, mais qui a é en quelques jours par une maladie convulsive.

es étaient d'abord obtenues par la mère, qui déshabillait l'enfant au rtait brusquement au poêle ; l'enfant urinait.

d, ce moyen ayant échoué, on enveloppait les parties dans un cordon

Voici, enfin, une dernière observation que j'ai recueillie moi-même chez un enfant plus âgé, malade par suite de tubercules pulmonaires et cérébraux.

Observation II. — *Tubercules du poumon, des ganglions bronchiques, des méninges et des reins; méningite, ramollissement cérébral; albuminurie.* — Une fille de vingt-sept mois, ayant ses vingt dents, généralement bien portante, a ayant de la diarrhée, de la fièvre chaque fois qu'une dent devait sortir.

Il y a quatre mois qu'elle est dans l'hôpital, à la salle Sainte-Thérèse, n° 11. Elle venait de percer sa vingtième dent; elle eut de la fièvre, du dévoiement pendant quelques semaines; elle portait une éruption sur les lèvres.

Elle eut mal aux yeux pendant longtemps.

Elle eut ensuite un catarrhe qui se transforma en coqueluche au bout de quelques jours.

Une pneumonie du côté gauche la fit cesser; puis elle reparut, et a persisté jusqu'aujourd'hui. Chaque soir, elle avait la fièvre.

Depuis huit jours, les quintes ont cessé, la fièvre est passée au type continu, et le ventre est douloureux. La toux est petite, sèche; on ne trouve rien dans la poitrine.

Aujourd'hui, 29 novembre 1841, elle est dans l'état suivant :

Abattement, somnolence; les yeux sont continuellement fermés; résolution générale. Peau chaude, face colorée; pouls, 142.

Toux sèche, rare; rien dans la poitrine; respiration puérile en arrière, un peu de sibilance en avant.

Ventre gros, paraissant indolent; plusieurs selles. *Urines foncées, albumineuses.* Le foie est très volumineux.

Le 30, la prostration continue. Hier soir, cette enfant a eu une syncope, puis a grincé des dents et s'est mordu les doigts. Toux rare, sèche; rien d'anormal dans la poitrine. Le ventre est toujours dur; deux selles en dévoiement. Langue rouge, sèche; lèvres sèches. Peau chaude; pouls fréquent, 142.

Eau de fécule; lait.

Le 31, même état. La faiblesse augmente lorsqu'on veut soulever l'enfant; elle se trouve mal. Décubitus dorsal; les yeux sont fermés; résolution complète; pouls, 136.

Eau de fécule; deux pastilles de calomel.

Le 1er février, deux pertes de connaissance; grognements, grincements de dents, petits mouvements convulsifs des bras et des jambes. La pupille droite est plus dilatée que la gauche; la tête est portée en arrière, et on lève l'enfant d'une pièce en la soulevant par l'occiput. Fièvre vive le soir; ce matin, peau bonne. Organes digestifs sains; pas de vomissements, deux selles. Pouls, 136.

Eau de fécule; trois pastilles de calomel.

Le 2 février, deux selles; grognements, mouvements convulsifs des bras et des jambes. La sensibilité s'amortit dans le bras qu'elle peut retirer. Même inégalité des pupilles; roideur générale, pas encore d'injection des yeux; assoupissement, décubitus dorsal, tête inclinée à droite. Peau chaude; par moments, chaleur très vive; pouls régulier, 140. Trismus; respiration irrégulière, intermittente, suspirieuse.

Le 3, mouvements convulsifs des membres; trismus, strabisme. La faiblesse des membres gauches a un peu disparu. Les yeux sont ouverts, mais la vision est abolie. Même état de la respiration. Plusieurs inspirations de suite et grand repos. Peau très chaude; pouls, 200 à 220. Moins de roideur générale.

Eau de fécule.

Morte à huit heures.

Les poumons sont semés de tubercules miliaires gélatiniformes. Quelques-uns d'entre eux se trouvent au milieu des lobules rouges, durs, et évidemment enflammés. Il y a en arrière des deux côtés un peu de pneumonie hypostatique.

Les ganglions bronchiques sont pour la plupart tuberculeux; ils renferment de la matière jaune, dure, analogue en tout à la pâte du marron d'Inde.

Les membranes du cerveau sont fortement et uniformément injectées; il n'y a point de plaques. L'arachnoïde est sèche, épaissie et opaline à la base. Les adhérences de la scissure de Sylvius sont internes; elles existent aussi à la partie antérieure de la grande fente cérébrale. On remarque à la surface convexe des hémisphères, tant à droite qu'à gauche, cinq petits points blancs dits granulations tuberculeuses.

L'arachnoïde et la pie-mère de la base du cerveau et de la partie antérieure de la fente cérébrale sont opalines et fortement épaissies. Elles sont dures et résistantes à la coupe: on dirait qu'elles sont infiltrées de matière tuberculeuse; c'est probablement du pus concret.

La substance grise du cerveau paraît plus injectée que d'habitude, et présente une transparence d'agate.

La substance blanche est peu injectée, ferme à la partie supérieure des hémisphères.

La paroi supérieure des ventricules a toute la consistance normale, mais la paroi inférieure, la couche optique, la cavité ancyroïde, la fente de Bichat, tout est ramolli et diffluent, d'un côté comme de l'autre. La voûte à trois piliers paraît dense à sa partie supérieure, mais pas à sa partie inférieure. Il n'y a que peu de sérosité dans les ventricules.

La même altération existe des deux côtés. Il n'y a aucun corps étranger dans la substance cérébrale.

Les reins contiennent quelques tubercules peu avancés et mal limités. Ainsi, nous ne voyons que de petits corps blanchâtres très opalins au centre, dont la teinte va s'affaiblissant et se perd dans le tissu du rein. L'organe paraît sain du reste.

Si chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, la néphrite albumineuse est rare, il n'en est pas de même dans la seconde enfance. Là, elle est très commune, et elle s'y présente avec tous les symptômes de la néphrite albumineuse chez l'adulte.

Cette néphrite commence par une albuminurie occasionnée par la congestion rénale, qui peut consécutivement engendrer les lésions les plus graves du rein. Elle résulte de la scarlatine, quelquefois de la rougeole et de la fièvre typhoïde, du croup et des maladies couenneuses, ainsi que je l'ai fait connaître en 1858, etc., etc. (1).

Les urines sont plus ou moins abondantes, quelquefois rougeâtres par le sang qu'elles renferment; on y trouve des tubes urinifères remplis de granulations graisseuses, des cellules d'épithélium cylindrique, et elles précipitent abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique.

Cette albumine disparaît quelquefois au bout de plusieurs jours, mais ailleurs elle se prolonge pendant plusieurs mois, amenant l'anémie, l'hydropisie du tissu cellulaire et des cavités séreuses, enfin la mort.

(1) Bouchut et Empis, *De l'albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses*.

Dans un certain nombre de cas, malgré les complications les plus g elle se termine par la guérison.

Le traitement doit être formulé ainsi qu'il suit : diète lactée absolue; ques purgatifs au début ; eau de Vichy, avec du lait ; décoction de quinq potion d'arséniate de soude ; enfin, potion de perchlorure de fer ou siro pyrophosphate de fer.

CHAPITRE II.

DES URINES LACTIFORMES.

Observation. — Un enfant de huit ans, atteint de scrofule et de tub cules, amaigri, d'apparence cachectique, se plaignait de douleur en urinant. L urines étaient rendues avec difficulté et ressemblaient à du lait. En même temp survinrent divers phénomènes morbides dont les plus saillants étaient des sym ptômes de dyspepsie : tous les soirs, on note l'existence d'un mouvement fébri L'aspect de l'urine était tout à fait celui d'un lait de bonne qualité : elle avait pr l'odeur particulière qui la caractérise ; il se séparait, à sa partie la plus sup rieure, en forme de crème, une substance distincte. En outre, l'examen micro copique révéla l'analogie la plus surprenante avec le lait. La réaction était acid Pendant cinq jours, la quantité de l'urine rendue en vingt quatre heures vari de 22 à 35 onces, et le poids spécifique entre 1,0032 et 1,0020. On l'agit avec l'éther et il se sépara beaucoup de graisse, qui, après qu'on l'eut fait bouill laissa déposer, par le refroidissement, des cristaux qui avaient beaucoup d'ana logie avec ceux de l'acide margarique. On ne put précipiter ni albumine par chaleur et l'acide nitrique, ni caséine par l'acide acétique. Les sulfates et chlorures s'y rencontraient en abondance, et on put ensuite y découvrir des tra d'acide phosphorique et un résidu d'un rouge brun, en faisant bouillir l'u avec du sulfate de cuivre et une solution de potasse. Cet état persista pen près de trois mois et parut avoir surtout sa cause dans un trouble des fonct d'assimilation (1).

CHAPITRE III.

DU DIABÈTE SUCRÉ.

Le diabète sucré, ou *glycosurie*, a été très rarement observé chez les en fants à la mamelle et a nécessairement dû échapper à l'attention des méde

Morton, qui l'a étudié dans la première enfance, le considère comme le r sultat d'une dentition difficile, ou bien d'une disposition de race, car il a cette maladie sur tous les enfants mâles d'une même famille. M. Bab Goolden annonce qu'il y a du sucre dans les urines de la plupart des m dies encéphaliques et nerveuses, sans que pour cela il y ait augmentation diurèse. C'est surtout dans les symptômes cérébraux, suite de dentition ; la chorée, l'épilepsie, les commotions cérébrales que le fait a été constaté, à mesure que disparaissaient les phénomènes morbides, le sucre cessait de

(1) *Edinb. med. Journ.*

r dans l'urine. Nous attendrons pour admettre ce fait que d'autres
érifié son exactitude.

Hanner a observé un exemple intéressant de diabète qui a été publié
s journaux de médecine. Chose extraordinaire, dans ce cas et par ex-
, les reins étaient notablement altérés, ainsi que la muqueuse de la
et de l'urèthre. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné plus de
sur ce fait, et surtout n'ait pas dit s'il y avait avec le sucre de l'albu-
lans les urines.

RVATION I. — Un enfant d'un an était atteint de diabète sucré. La ma-
it méconnue, mais la soif incessante et l'excrétion abondante des urines
par appeler l'attention du médecin. L'enfant buvait 1 à 3 litres et
une quantité d'urine qui excédait un peu celle des boissons. Son urine
odore, pâle, un peu trouble, douceâtre et sucrée.

fant fut mis à un régime animalisé, composé de bouillon et d'œufs ; il parut
ieux, mais les symptômes reparurent et il succomba.

reins étaient doublés de volume, la couche corticale était blanc grisâtre,
e de brun et indurée. Il y avait de petits abcès collectés dans son épais-
a muqueuse uréthrale et vésicale était fort enflammée.

oif exagérée constitue le principal symptôme du diabète des enfants,
accompagnée d'une grande sécheresse de la peau, d'un affaiblisse-
onsidérable et de maigreur très prononcée. Dans le cas cité par Morton,
une diarrhée considérable. Les urines sont abondantes et sucrées,
dans le diabète des adultes.

réduisent le tartrate cupro-potassique à l'état d'oxyde rouge par l'ébul-
par le même moyen elles prennent la teinte acajou avec la potasse caus-
et elles fermentent quand on les met au contact de la levûre de

fin de la maladie quelques enfants se mettent à tousser et des tuber-
pulmonaires se développent de façon à produire plus rapidement la

voici la preuve dans l'observation suivante :

RVATION II. — *Diabète sucré, phthisie, polyurie. Mort.* — Ménil (Léon-
arie), âgée de dix ans, entrée le 27 septembre 1859, au n° 17 de la salle
-Marguerite, morte le 8 octobre. Cette enfant qu'on nous dit être d'une
santé habituelle n'a jamais eu que la rougeole. Il y a un an elle alla passer
ois à Elbeuf, et là elle fut prise au mois d'avril d'une soif insatiable sans
vidente. Depuis, la soif a toujours augmenté ainsi que l'appétit. Elle est
e temps à autre d'indigestions, mais en dehors point de vomissements ni
rhée. Elle boit environ 3 litres par jour et ses urines sont très abon-

nulle, si ce n'est depuis trois semaines où elle s'est montrée peu à peu.
urs blanches datant d'un an. Elle mange beaucoup de pain, de viande, de
s. Eau rougie.

eptembre. — Amaigrissement considérable, squelette avec atrophie des
s.

La langue est naturelle; l'appétit est bon, la soif considérable. Les digestions se font bien; pas de diarrhée, garderobes naturelles.

Peau un peu chaude, sèche, 126 pulsations faibles; sueurs nulles. Toux fréquente avec peu d'expectoration; 28 respirations.

Du côté gauche au sommet, en avant et en arrière, respiration et râle caverneux amphorique avec résonnance amphorique de la voix, surtout appréciable sous la clavicule; vers la base on perçoit à la place du murmure respiratoire un souffle très intense qui semble se passer immédiatement sous l'oreille avec retentissement exagéré de la voix et gargouillement du côté droit, râles humides au sommet et à la percussion; sonorité augmentée avec son tympanique sous la clavicule et dans l'aisselle. Les urines sont abondantes, fort denses et poisseuses. Elles réduisent manifestement la liqueur de Frommery et la font passer au rouge; elles précipitent par la chaleur, mais le précipité se redissout dans l'acide acétique.

Cette enfant resta ainsi pendant quinze jours dans le même état; ses urines, examinées à plusieurs reprises, renfermaient toujours du sucre; elle se levait chaque jour, lorsque pendant la nuit du 8 au 9 octobre elle eut un peu de diarrhée, puis des convulsions et tomba dans le coma avec cyanose, anesthésie, et elle succomba au bout de quelques heures.

Nécropsie. Le poumon gauche renferme une caverne énorme avec infiltration de matière tuberculeuse autour des parois et tubercules crus disséminés dans le reste de l'organe. Le poumon droit était rempli de tubercules disséminés avec quelques petites cavernes au sommet.

Les ganglions bronchiques étaient tuberculeux.

L'estomac et les intestins sont dans l'état normal.

Le foie a son volume et sa densité ordinaires, il est d'une couleur brun foncé sans altération.

Le cerveau ne présente aucune altération. Les reins sont assez volumineux, sans modification de structure autre qu'une hypertrophie assez considérable de la substance corticale.

Malgré les remarquables découvertes de M. Cl. Bernard (1), il reste encore beaucoup à faire pour déterminer la véritable nature du diabète.

D'après M. Mialhe, la glycosurie est produite parce qu'après la formation de la glycose dans l'estomac et son passage dans le sang, ce liquide peu alcalin ne peut le détruire.

Pour M. Bouchardat (2), la glycose se forme dans l'estomac en trop grande abondance par la transformation de la fécule des aliments sous l'influence d'une diastase spéciale agissant comme ferment.

Enfin, d'après M. Cl. Bernard, c'est un trouble fonctionnel du foie et du système nerveux. On sait, en effet, qu'il y a dans le foie une matière blanchâtre que l'on peut isoler et qui n'est autre que de l'*amidon animal ou matière glycogène*, offrant avec l'iode la réaction bleue de l'amidon végétal. Elle se transforme en glycose sous l'influence du ferment hépatique, passe dans la veine cave, de là dans le poumon où elle est détruite par l'hématose. C'est là l'état

(1) *Leçons de physiologie expérimentale.* Paris, 1855, in-8, t. I.

(2) *Du diabète sucré ou glucosurie; son traitement hygiénique* (*Mémoires de l'académie de médecine*. Paris, 1852, t. XVI, p. 69.

et après le repas chacun a dans le sang une notable quantité de gly-
i ne tarde pas à disparaître.

d, au lieu de se détruire, la glycose reste dans le sang d'une façon per-
:, il en résulte un état morbide. Du sang, la substance passe dans
et fait la glycosurie.

roduit la glycosurie à volonté en gênant l'hématose, aussi existe-t-elle
dans l'asthme, la bronchite capillaire, le croup et les autres maladies
; de produire un certain degré d'asphyxie. Par opposition, quelques
ues se trouvent très bien d'un grand exercice qui active la respiration,
ose, et facilite la destruction de la glycose.

produit aussi d'une façon permanente ou temporaire chez les animaux,
ifiant l'action du système nerveux du foie, par la piqûre du plancher
rième ventricule aux environs de la racine des pneumogastriques. C'est
re expérience de Cl. Bernard qui a eu un si grand et si légitime re-
nent. On sait que ce physiologiste, en pénétrant avec un instrument
à la base du crâne des lapins pour blesser le plancher du quatrième
de, a produit instantanément chez ces animaux une glycosurie qui
quelques heures ou un temps fort prolongé, d'où l'on a conclu que la
était de nature nerveuse.

qu'il en soit, la glycosurie existe d'une façon *intermittente* chez quel-
ets (1) ou d'une manière *continue* chez d'autres. Cette dernière forme
us grave.

début est obscur et impossible à préciser exactement. On ne s'en aper-
par la persistance de troubles prolongés. Les enfants perdent leurs
maigrissent, urinent plus abondamment, et leurs urines collent au
au linge comme du sirop. Elles sont douceâtres, sucrées, fermentent
levûre de bière, pèsent 3, 4 ou 5 au pèse-urine ou 1030, 1040 et 1050
mètre. Bouillies avec de la potasse caustique, elles prennent une teinte
oncé, et avec du tartrate ferrico-potassique elles donnent lieu à un
é d'oxyde de cuivre jaune, rouge et brun. C'est là ce qui sépare la
rie de la *polyurie* de l'enfance. En effet, il y a une maladie de l'en-
ns laquelle les enfants urinent très abondamment et boivent de même;
stions sont mauvaises et il y a un amaigrissement squelettique très pro-
qui conduit peu à peu à l'anasarque, à la phthisie pulmonaire et à la
ans cette affection qui n'est autre que la *polyurie* également appelée
psie, les urines pèsent 0°, sont sans saveur, ne réduisent pas les sels
re et sont sans action sur les sels de potasse, parce qu'elles ne renfer-
as de sucre.

ujets peuvent rester plus ou moins longtemps dans cet état, puis ils
t dans le marasme et succombent souvent à une phthisie pulmonaire in-
ente ou à des maladies accidentelles, comme dans le fait que je vais
er.

(1) Voir E. Bouchut, *Leçon sur le diabète* (*Gazette des hôpitaux*, 1850).

Le docteur Baron a observé en 1852, une dame ayant trois enfants qui urinaient très abondamment et buvaient dans des proportions effrayantes.

L'un de ces trois enfants, âgé de trois ans et demi, était d'une maigreur squelettique. La peau était rugueuse et la langue blanche desséchée. Il mangeait et buvait beaucoup. Son urine, claire, insipide, marquait 0°. C'était une polydypsie avec polyurie sans diabète, mais antérieurement, au dire de la mère, les urines collaient au linge et tachaient tout ce qu'elles avaient touché. Elles avaient changé d'aspect et de goût sous l'influence du sel gris et de la limonade chlorhydrique.

Le second enfant, âgé de dix-sept mois, était maigre, chétif, buvait et mangeait beaucoup, il urinait abondamment, 6 à 7 litres par jour, à peu près autant qu'il buvait. Ses urines sucrées, pesaient 3 1/2 et quelquefois 4. Elles réduisaient les sels de cuivre.

Le troisième enfant, âgé de trois mois, encore au sein, tetait considérablement; urinait beaucoup, et, selon la mère, les urines avaient un goût sucré. Elles n'ont pu être examinées.

Les deux premiers enfants suivis pendant six semaines, furent mis à l'usage du vin de quinquina, aiguisé d'acide chlorhydrique (1 gramme pour 100), et prirent des bains alcalins. Leurs urines devinrent moins abondantes, pesaient 1 à 2°, étaient plus colorées et n'avaient plus le goût fade qu'elles avaient au début du traitement, bien qu'elles ne pesassent que 0° et qu'elles ne continssent pas de sucre.

L'enfant de dix-sept mois était en voie d'amélioration ; il mangeait moins, dormait mieux, buvait plus raisonnablement ; les urines étaient moins abondantes, mais tout à coup survint un croup rapidement mortel.

Ces faits, dont la signification est incertaine, ont cependant l'intérêt de la rareté. Ils montrent la glycosurie polyurique, tandis que chez les enfants la polyurie existe ordinairement toute seule.

Le traitement de la glycosurie chez les enfants ne diffère pas de ce qu'il est dans l'âge adulte. Aucun motif, quant à présent, ne force à le modifier.

Une forte alimentation animale, de bon vin, du vin de quinquina aiguisé d'acide chlorhydrique, du chlorure de sodium, du bicarbonate de soude, le séjour à la campagne, l'exercice gymnastique, le gluten, en potage et en pain, d'une façon exclusive ; les œufs, le lait, la suppression du pain et de tous les féculents, telles sont les bases du traitement de la glycosurie.

Dans un cas de guérison cité par Morton, l'enfant fut mis à la diète lactée la plus sévère. La seule boisson qu'on lui permit pour étancher sa soif, fut un mélange de miel et d'eau ferrugineuse. Il se trouvait très bien de ce régime, et son état s'améliorait sensiblement. Il s'aggravait chaque fois qu'une dent se préparait à sortir. Alors on fit prendre tous les matins quelques centigrammes de rhubarbe, et le soir un peu de diascordium au moment du coucher. Au bout de deux années, c'est-à-dire à la fin de la première dentition, la guérison était complète.

LIVRE XIV.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

---

§ I. — Imperforation du gland et du prépuce.

L'imperforation du gland s'observe quelquefois chez les nouveau-nés. J'en ai vu deux cas que j'ai traités par l'incision.

L'enfant ne se mouille pas, et au bout de quelque temps il s'agite et crie beaucoup; le gland est le siége d'une imperforation complète ou incomplète. Dans le premier cas, il peut arriver qu'on ne voie nulle trace d'ouverture sur le gland, ou au contraire qu'il existe à la place de l'orifice naturel un sillon formé par l'agglutination des lèvres du méat urinaire. Dans le second cas, l'imperforation est incomplète et il existe une petite ouverture très déliée par où sort un filet ou quelques gouttes d'urine. Le canal est distendu par l'urine, la verge est dans un état de demi-érection quand les enfants veulent uriner.

Pour remédier à ce vice de conformation, il faut, à l'aide d'un bistouri ou d'une lancette, séparer les lèvres du méat dans le sillon qui révèle la place de l'orifice, ou inciser dans la direction probable du canal de l'urèthre, et ensuite achever avec la pointe d'une aiguille ou avec un trocart explorateur. On met alors une mèche ou un fragment de bougie dans l'urèthre, pour éviter une agglutination nouvelle.

Dans l'imperforation incomplète on se contente d'agrandir l'ouverture avec la lancette, et l'on maintient les bords écartés à l'aide de mèches et en rompant les adhérences qui pourraient se former.

L'imperforation du prépuce est plus rare que celle du gland. Elle est complète ou incomplète. Dans le premier cas, il en résulte une distension de la peau à l'extrémité de la verge, une tumeur transparente et fluctuante formée par l'accumulation de l'urine.

Il suffit alors de couper l'extrémité du prépuce qui est trop long, et des pansements suffisent à procurer la guérison.

§ II. — De l'hypospadias.

On donne le nom d'*hypospadias* à un vice de conformation de la verge dans lequel l'orifice de l'urèthre n'est pas à l'extrémité du gland.

Il y a quatre espèces d'hypospadias. Dans la première, l'urèthre ne se prolonge pas à l'extrémité du gland, mais se termine et s'ouvre à la racine du frein du prépuce, dans l'endroit qui correspond à la fosse naviculaire. Dans la seconde espèce, l'urèthre est ouvert près de la naissance du scrotum, ou

dans un point intermédiaire entre cet endroit et le gland. Dans la troisième, le scrotum est divisé longitudinalement en manière de vulve au fond de laquelle s'ouvre l'urèthre. Dans la quatrième, enfin, l'ouverture du canal se trouve sur le dos de la verge, à une distance plus ou moins grande des pubis. Rapell, Salzmann, Morgagni et Chopart en ont vu des exemples qu'on pourrait particulariser sous le nom d'*épispadias*.

Boyer considère la première espèce d'hypospadias comme assez fréquente. D'après ce chirurgien, l'urèthre ne se continue point jusqu'à l'extrémité du gland qui est imperforé, il se termine à la fosse naviculaire et s'ouvre à la partie inférieure du gland par un orifice ovale dont la grandeur varie, mais qui est toujours assez large pour la sortie de l'urine, et plus tard de la liqueur séminale. Cette ouverture est bordée d'une peau mince, sa circonférence ressemble à une cicatrice enfoncée, comme s'il y avait un ulcère en cet endroit; l'urine en sort par jet qui se porte en avant lorsqu'on tient la verge relevée. Il n'y a rien à faire pour guérir cette difformité. Tout ce qu'on pourrait entreprendre serait inutile.

Dans la seconde espèce d'hypospadias, dit Boyer, l'urèthre s'ouvre à la partie inférieure de la verge, immédiatement devant le scrotum, ou dans un point intermédiaire entre cet endroit et la base du gland. La verge n'est jamais si aussi longue ni aussi grosse que dans l'état naturel, et cet organe est plus ou moins courbé en bas. Dans un cas opéré par M. Ripoll, l'ouverture de l'hypospadias était à 2 centimètres du gland. Ailleurs on a vu à la face inférieure de la verge, le long de l'urèthre, deux ouvertures ayant des bords calleux et qui se resserraient cependant comme des sphincters. L'une de ces ouvertures était voisine du gland et avait cinq ou six lignes de diamètre; l'autre, qui était plus près du scrotum, était encore plus large. L'une et l'autre de ces ouvertures donnaient issue à l'urine. Le gland était imperforé et l'extrémité de l'urèthre bouchée par une espèce de membrane qui faisait une saillie naturelle lorsque le sujet rendait l'urine par les deux ouvertures dont nous venons de parler.

Dans cette espèce d'hypospadias le frein n'existe pas; la partie inférieure du prépuce n'existe pas du tout, et le gland est complétement à découvert. On observe un sillon ou une espèce de gouttière large, qui s'étend depuis l'ouverture de l'urèthre jusqu'au bout du gland, mais cette portion de la verge est imperforée. C'est encore une difformité contre laquelle les ressources de la chirurgie sont généralement impuissantes.

Dupuytren a cependant essayé d'opérer cette variété d'hypospadias et Ripoll a suivi cet exemple. Après avoir introduit par l'ouverture de l'hypospadias une sonde cannelée dans la vessie, la cannelure dirigée vers le dos de la verge, un petit trocart est enfoncé à travers le gland dans la direction du canal pour rejoindre la cannelure de la sonde; ceci fait, on remplace le trocart et la sonde par une bougie qu'on renouvelle plusieurs fois par jour jusqu'à l'établissement du nouveau canal. M. Ripoll a ainsi guéri un enfant de quatre ans

atteint d'hypospadias congénital, et au bout de neuf mois, le nouveau canal de l'urèthre persistait, la fistule de l'hypospadias étant à peu près fermée.

Dans les cas où l'urèthre est perforé au périnée, le reste du canal étant perméable jusqu'au bout du gland, comme dans le fait exceptionnel de Marestin, l'opération est possible et plus généralement suivie de succès.

Le chirurgien dont je viens de parler ouvrit le méat urinaire, passa une sonde dans la vessie pour écouler l'urine, et, après avoir avivé les bords de l'hypospadias, il les réunit par une suture qui amena la cicatrisation. En tout cas, c'est une opération qui n'est pas à entreprendre chez un enfant, et que l'on ne doit faire que chez l'adulte.

Dans la troisième espèce d'hypospadias, le scrotum est partagé en deux parties égales, l'une à droite, l'autre à gauche, représentant assez bien les lèvres de la vulve; mais en les écartant on ne voit aux deux côtés aucune égalité ni aucune des parties qui caractérisent le sexe de la femme, comme le clitoris, les nymphes, l'ouverture du vagin. A la partie inférieure de cette fente, près de l'anus, se trouve l'orifice de l'urèthre ou le méat urinaire ; l'urèthre manque depuis cette ouverture jusqu'à l'extrémité de la verge. Cette partie située au-dessus du scrotum est plus ou moins grande, bien ou mal configurée; le gland est quelquefois bien conformé, mais imperforé, à peu près semblable à un clitoris d'un volume excessif. Le frein existe dans quelques-uns, ainsi que le prépuce. On distingue ordinairement, dans l'épaisseur de chacune des deux parties en lesquelles le scrotum est divisé, le testicule dont le volume varie et qui est plus ou moins près de l'anneau inguinal. L'excrétion de l'urine se fait comme chez les femmes. La plupart des individus qui naissent avec ce vice de conformation sont baptisés et élevés comme filles, et en portent les habits jusqu'au moment où ils commencent à éprouver les effets de leur qualité d'hommes; un examen plus attentif fait connaître leur sexe, mais ce sont, si l'on peut ainsi parler, des hommes manqués. On les a pris quelquefois pour des hermaphrodites.

Cette troisième espèce d'hypospadias est, comme les deux premières, au-dessus des ressources de l'art.

§ III. — Du phimosis congénital.

Le phimosis est caractérisé par la disposition vicieuse du prépuce trop long et trop étroit pour découvrir le gland. La peau forme en avant du méat urinaire un bourrelet circulaire épais et plissé. Elle se retire en arrière par la traction et découvre le gland en partie, ou dans les cas de phimosis complet ne se retire qu'avec peine. Alors la membrane interne n'est que légèrement retournée en dehors.

Les enfants, ainsi que l'indique Boyer, naissent presque toujours avec l'ouverture du prépuce trop étroite pour qu'on puisse découvrir le gland tout entier. Elle ne se dilate que vers l'âge de la puberté. Quand cette ouverture

laisse passer librement l'urine, il n'en résulte aucun inconvénient ; mais si elle est trop étroite, il peut en résulter une rétention d'urine, une tumeur molle, fluctuante, énorme, se former sous le prépuce, et l'on est obligé de la vider par compression. Cette partie s'enflamme, la muqueuse intérieure s'irrite, s'ulcère, et il en résulte des accidents assez graves pour l'enfant, si l'on ne sait les combattre et les arrêter à propos. On observe alors des ulcérations superficielles ou profondes du gland, des adhérences entre le gland et le prépuce, des concrétions calculeuses dans la cavité préputiale, etc.. Voici à ce sujet un des plus curieux exemples des désordres occasionnés par le phimosis congénital. Je l'emprunte à l'illustre Chopart.

Observation I. — Un enfant âgé de deux mois et demi n'avait aucune apparence de verge ni de testicules, il lui était survenu depuis sa naissance, au-dessous de la symphyse des os pubis, une tumeur ovalaire de la grosseur d'un œuf de poule, et qui était ulcérée, rouge et très humide à la partie moyenne de sa surface. La peau formait autour de l'ulcère un bourrelet calleux. En pressant la tumeur dans la circonférence, on sentait une sorte d'ondulation, et il suintait des gouttelettes de sérosité par différents petits trous de l'ulcère. On avait regardé cette tumeur comme un cancer qui avait rongé, détruit les organes de la génération, et qui était incurable. Un examen plus attentif fit voir qu'elle n'était ni cancéreuse, ni incurable, et qu'elle ne dépendait que de l'imperforation du prépuce ou de l'extrême étroitesse de son ouverture ; que la sérosité qui suintait était de l'urine, et qu'il fallait faire dans le centre de l'ulcère une incision qui pénétrât dans la poche où l'on sentait une sorte d'ondulation. Cette incision étant faite sur-le-champ, il s'écoula peu de sérosité, mais en comprimant la tumeur, il sortit une humeur semblable à de la bouillie claire. On agrandit suffisamment l'ouverture pour voir le fond de la poche, et l'on trouva le gland dont la surface était excoriée, ainsi que l'intérieur du prépuce. On conseilla des injections émollientes et des soins de propreté. Cet enfant, qui n'avait presque pas cessé de crier depuis sa naissance, qui était toujours agité, devint tranquille et urina abondamment sans effort. Il fut guéri complétement au bout d'un mois. La verge prit sa forme naturelle, et les testicules se trouvèrent dans le scrotum.

Cette observation montre la conduite qu'il faut tenir en cas de phimosis congénital donnant lieu à la rétention d'urine. Il faut faire l'incision, l'excision ou la circoncision du prépuce. L'incision laisse de chaque côté du gland deux oreilles de peau fort gênantes, et mérite d'être abandonnée. Il vaut mieux pratiquer l'excision en enlevant avec des ciseaux courbes un lambeau triangulaire dont les courbes latérales seraient de chaque côté ouvertes en dehors. Pour cela on introduit une pince sous le prépuce pour tenir son lambeau de la main gauche, et avec la droite, on fait de chaque côté l'incision convenable. On pourrait encore faire la circoncision, qui consiste à couper circulairement le prépuce, légèrement tiré au niveau du gland, et ensuite à fendre longitudinalement la muqueuse préputiale au-dessus du gland pour la rabattre en arrière. Après ces opérations, il suffit de panser la plaie avec un linge percé à son centre d'un trou qui laisse passer le gland et maintient les restes du prépuce en arrière. Ce linge est enduit de cérat recouvert d'un coussin de charpie

et maintenu par une compresse trouée pour donner passage au gland, afin de faciliter l'émission des urines. Quinze jours, trois semaines au moins sont nécessaires pour obtenir une entière cicatrisation.

Le docteur Faure pense que le débridement de la muqueuse du prépuce peut suffire, et voici comment il le pratique :

On tire la peau de la verge du côté du ventre aussi fortement que possible ; puis sur un point de l'anneau opposé au frein, d'un coup de ciseaux à extrémités mousses on fait une incision dans le sens longitudinal, portant exclusivement sur la membrane muqueuse sans intéresser le tégument extérieur. Comme le tissu sous-cutané est lamellaire et très lâche, cette incision permet le glissement de la peau en arrière, tandis que la muqueuse reste appliquée sur le gland. On poursuit alors la section de cette dernière jusqu'à la couronne ; par son élasticité propre, elle se contracte en raison inverse de son adhérence aux parties sous-jacentes, et l'on a une plaie angulaire dont le sommet est en arrière et la base en avant; la peau est intacte. Cette petite opération dure au plus une seconde, le malade la sent à peine ; il ne s'écoule que quelques gouttelettes de sang. On ne fait aucun pansement ; pour tout soin ultérieur, il suffit de découvrir le gland plusieurs fois par jour, particulièrement au moment de la miction. Le malade est donc à l'instant même débarrassé de son infirmité, tout en conservant son prépuce ; or il n'est pas prouvé qu'il soit indifférent d'en être privé. La peau n'ayant subi aucune atteinte, il n'y a pas de mutilation ; et comme la cicatrice finit par se confondre avec la muqueuse du prépuce, il ne reste même pas de trace de l'opération. Cette manière de traiter le phimosis est, d'après M. Faure, incomparablement plus simple et plus innocente qu'aucune de celles qu'on a employées jusqu'à ce jour, donne à l'opéré tous les avantages de la conformation la plus régulière et la plus parfaite, et elle lui paraît mériter la préférence sur les autres méthodes.

§ IV. De l'hydrocèle.

L'hydrocèle est formée par l'épanchement de sérosité dans le scrotum.

Le liquide inclus est jaunâtre, ambré, albumineux ou blanchâtre comme du petit-lait.

La tunique vaginale est ordinairement saine, quelquefois des cloisons membraneuses la divisent et forment une hydrocèle cloisonnée ; on rencontre des kystes volumineux sur le cordon spermatique dans les hydrocèles enkystées du cordon.

Cette maladie est aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est *congénitale* ou *acquise*. Elle se développe chez les enfants lymphatiques, et à la suite de contusions ou de froissements sur les bourses, à la suite d'affections organiques du testicule, telles que le tubercule, la dégénérescence encéphaloïde, dans le cas de monstruosité par inclusion, etc.

Quelques enfants ont dès leur naissance, et conservent plus ou moins long-

temps après cette époque, une certaine quantité de sérosité dans la tunique vaginale encore en communication avec la cavité du péritoine. C'est l'*hydrocèle congénitale*. Elle existe chez le nouveau-né, et dure jusqu'à l'âge de sept ou huit ans.

Le liquide rentre à volonté dans l'abdomen, sans bruit et sans gargouillement; voilà le caractère distinctif de cette hydrocèle plus ou moins volumineuse et translucide.

Cette variété d'hydrocèle disparaît avec l'âge, et elle n'exige d'autre traitement que des applications topiques résolutives. Il faut en outre chercher à maintenir le liquide dans l'abdomen au moyen d'un bandage herniaire qui comprime l'ouverture inguinale. Cette compression, faite d'une manière continue, hâte toujours la fermeture de la communication entre la tunique vaginale et le péritoine.

On a cherché à la détruire par la section sous-cutanée de la tunique vaginale. Le docteur Linhart (de Vienne) préconise cette méthode. Voici comment il conseille d'opérer. On enfonce à plat dans un pli fait à la peau du scrotum, entre celle-ci et la poche, un ténotome fin, concave et tranchant dans sa concavité. L'incision de la poche se fait dans une étendue de 2 à 4 centimètres. Le sérum se répand ainsi dans les bourses, où son absorption est prompte, et l'oblitération de la cavité séreuse se fait d'une manière rapide et sûre.

On a quelquefois opéré par incision ou par injection cette variété d'hydrocèle. C'est une faute, car l'affection n'est pas dangereuse, elle guérit ordinairement par les seuls efforts de la nature, et il vaut mieux attendre cet effet que de courir les hasards d'une opération qui n'est pas exempte de dangers.

Le collodion uni à l'huile de ricin, peut être employé dans l'hydrocèle congénitale, et le docteur Malik a réussi chez un enfant qui avait une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale du cordon et du testicule correspondant. L'application du collodion répétée plusieurs fois parut causer des douleurs assez vives; l'enfant pleura, fut agité et dormit peu; cependant il n'y eut pas de fièvre, ni aucun trouble dans les fonctions.

Dès les premiers jours on remarqua une diminution dans la tumeur, ce qui engagea M. Malik à persister. L'enfant s'habitua peu à peu à la constriction déterminée par le collodion, car il pleura moins et fut moins agité.

Au bout d'un mois, l'enfant était complétement guéri; on ne voyait plus aucune trace d'hydrocèle.

Chez d'autres enfants, l'hydrocèle s'établit après la naissance, un mois, comme l'a observé Underwood, six mois chez un de mes malades et vingt-deux mois dans une observation de Lefèvre (de Villebrune). C'est l'*hydrocèle acquise*. Quand elle a pour siége la tunique vaginale, elle ressemble à l'hydrocèle de l'adulte, l'épanchement occupe la tunique vaginale fermée de toutes parts. Quand l'épanchement occupe l'enveloppe séreuse du cordon spermatique, la maladie prend le nom d'*hydrocèle enkystée du cordon*.

L'hydrocèle vaginale présente les caractères de l'hydrocèle ordinaire chez l'adulte. La tumeur est volumineuse, dure, *transparente*, et le liquide qu'elle renferme dans son intérieur ne rentre pas dans l'abdomen.

L'*hydrocèle enkystée du cordon* se présente sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, adhérente au cordon, irréductible, un peu moins transparente que l'hydrocèle ordinaire, et quand on la soulève, on entraîne le testicule avec elle.

L'hydrocèle des enfants n'est pas difficile à reconnaître et la transparence de la tumeur est le signe qui permet d'en faire un diagnostic exact. Elle doit être distinguée en hydrocèle *irréductible* et *réductible*, en hydrocèle vaginale et hydrocèle enkystée du cordon. On pourrait la confondre avec la hernie congénitale et le testicule tuberculeux ; mais, dans un cas, la réductibilité de la tumeur avec gargouillement, et, dans l'autre, l'opacité permettraient d'éviter l'erreur.

L'hydrocèle n'est pas une maladie grave et on peut abandonner provisoirement cette maladie à sa marche naturelle. Elle guérit quelquefois toute seule, et quand il faut en débarrasser les malades, c'est à l'aide d'une opération qui n'est jamais bien dangereuse.

Dans l'hydrocèle vaginale, on peut songer à l'opération par *incision*, ou par *mouchetures* avec une lancette, ainsi que je l'ai pratiquée avec succès, ou par l'*injection iodée*, comme dans l'hydrocèle ordinaire. Ce dernier procédé ne doit pas être mis en usage chez les enfants à la mamelle, à cause de l'inflammation qu'il excite, et il est plus convenable d'attendre un âge plus avancé pour y recourir.

Si le scrotum reste engorgé, il faut le recouvrir avec des applications toniques, résolutives et mieux encore avec un emplâtre de Vigo.

Dans le cas d'hydrocèle communiquant avec le péritoine, il faut faire rentrer le liquide dans le ventre et appliquer un bandage herniaire bien fait qui l'empêche de sortir et facilite sa résorption : on guérit quelquefois les enfants par ce moyen employé pendant longtemps. Si ce moyen ne réussit pas, on peut faire une ou plusieurs ponctions successives ; quelques chirurgiens font une injection iodée en ayant soin de faire une compression sur l'anneau inguinal pour empêcher l'entrée du liquide excitant dans l'abdomen. C'est un exemple dangereux à suivre, cependant il paraît, d'après M. Ad. Richard, que cela peut réussir. On doit faire :

1° Évacuation du liquide jusqu'à la dernière goutte à l'aide d'un trocart explorateur court et d'un très petit calibre, celui conseillé par M. Ad. Richard pour l'opération de l'hydrocèle par l'alcool ;

2° Compression sur le bas du ventre et le trajet inguinal par la main d'un aide ;

3° Injection de 6 à 7 grammes d'alcool pur à 40 degrés (aréomètre Beaumé) ;

4° Immédiatement après, retrait brusque de la canule, qui laisse ainsi le liquide dans la poche ;

5° La compression du trajet inguinal est continuée pendant une minute, puis l'enfant est abandonné à lui-même.

Les suites de l'opération sont d'une extrême simplicité. La tumeur grossit un peu vers le soir, est très légèrement douloureuse le lendemain, puis devient très vite absolument indolore. Vers le dixième, douzième ou quinzième jour, *en l'espace de quelques heures*, c'est-à-dire du jour au lendemain, la tumeur disparaît, et le malade est guéri.

Si l'enfant est d'âge à marcher, il n'est nullement besoin de le condamner au repos; il mange, il joue, il dort comme d'habitude.

Il est, chez les petits enfants, une particularité de l'injection alcoolique qui impose d'une manière absolue l'usage d'un très petit trocart. Au moment où la canule est retirée, laissant l'alcool dans la vaginale, souvent, par la contraction énergique du crémaster et du dartos, un peu du liquide injecté est expulsé. En même temps le petit malade est pris d'érection, et peut même laisser échapper involontairement des matières fécales.

Cette issue d'un peu d'alcool s'arrête presque tout de suite, et n'offre aucun inconvénient.

Il peut se faire néanmoins que quelques gouttes de liquide s'infiltrent entre la peau et la vaginale. C'est ce qui est arrivé à l'un de nos petits malades. Alors en un point la peau rougit les jours suivants; il se forme une petite saillie grosse comme un pois, analogue à un clou, puis le petit abcès s'ouvre et se guérit sans que la vaginale souffre aucunement de ce travail voisin.

Un trocart aussi petit que possible est donc nécessaire pour cette délicate opération. Mais il faut avouer qu'un pareil instrument vient un peu augmenter la difficulté du manuel. On est en effet exposé à faire une *ponction blanche*, si on manque d'habitude. Pour l'éviter, il faut tendre fortement l'hydrocèle avec la main gauche, en la détachant et l'isolant le plus possible; tenir le petit trocart de la main droite, en appliquant la pulpe du pouce et la deuxième phalange de l'index assez près de l'extrémité pointue de l'instrument.

Pour la ponction, au lieu de plonger presque avec élan, ainsi qu'on le fait chez l'adulte, il faut *insinuer la pointe* comme si l'on maniait un bistouri.

La guérison une fois accomplie, une bonne précaution est de faire porter pendant trois ou quatre mois un bandage inguinal au petit malade; car mettre à l'abri contre la production d'une hernie est un des avantages sérieux de l'opération de l'hydrocèle congénitale.

L'hydrocèle enkystée du cordon réclame un traitement quelque peu différent. L'hydrocèle n'est pas volumineuse, il n'y faut pas toucher afin de ne pas faire courir à l'enfant les chances malheureuses d'une opération quelconque. Il faut attendre que la tumeur ait pris un volume plus considérable. Quand l'hydrocèle enkystée se présente avec cette condition, les mouchetures avec la lancette ou l'application pendant cinq à huit jours, de deux petits sétons très minces, à travers la tumeur, suffisent souvent pour amener la gué-

rison. Si la tumeur est volumineuse, il faut recourir à la ponction et à l'injection iodée comme dans le cas d'hydrocèle ordinaire.

Il reste quelquefois après la guérison de l'hydrocèle un engorgement du scrotum et du testicule qui mérite d'attirer l'attention du médecin, et qui exige un traitement particulier. Cet engorgement disparait très facilement sous l'influence de l'application persistante d'un emplâtre de Vigo, renouvelé plusieurs fois.

§ V. — Du fongus du testicule.

Les fongus cancéreux du testicule n'existent pas chez les très jeunes enfants. On rencontre plus souvent le fongus bénin. M. Gosselin en a vu trois exemples.

La maladie commence par un gonflement du testitule. Sur le sommet de la tumeur se fait une ulcération, et par la solution de continuité de la peau se développe le fongus, qui grossit rapidement.

Dans le troisième fait observé par M. Gosselin le jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agissait donc d'un fongus compliqué d'un état syphilitique et on fit prendre à la mère de l'iodure de potassium pour refaire la constitution de l'enfant.

Quant au traitement local, on pourrait choisir entre les trois procédés suivants :

La castration ; l'occlusion de la tumeur par la peau scrotale incisée autour du champignon et disséquée ensuite pour être ramenée au-devant de la tumeur et maintenue en place à l'aide de sutures ; ou enfin un pansement compressif exécuté avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par M. Curling, que M. Gosselin s'est arrêté en se réservant d'en adopter un plus radical s'il n'amenait pas la guérison.

§ VI. — De l'inclusion scrotale et testiculaire.

Les bourses sont quelquefois le siége de tumeurs formées par les débris d'un fœtus inclus dans le scrotum : Saint-Donat, Prochaska, Dietrich, Ekl, André, MM. Velpeau, Goodsir, Lucien Corvisart, Verneuil, en ont signalé des exemples ; c'est une maladie très rare et qui peut rester latente, et n'être connue qu'à un âge avancé chez l'adulte, ou découverte et opérée chez le jeune enfant. M. Verneuil a rassemblé tous les faits relatifs à cette question dans un excellent mémoire dont voici le résumé (1).

Observation II. — Un enfant observé par Prochaska était né avec une tumeur dans l'aine prise pour une hernie. Cette tumeur conserva le même volume jusqu'à l'âge de trois ans, mais alors elle commença à s'accroître avec une telle rapidité

(1) *Archives de médecine.*

que, dans l'espace de quelques semaines, le scrotum distendu descendait jusqu'au niveau de la partie moyenne de la cuisse. Enfin l'inflammation se développa et amena la formation d'un abcès, d'où sortit une lymphe fétide mélangée de sang avec diverses parties d'un fœtus, après quoi l'enfant se rétablit.

Observation III. — Un autre enfant observé par le même auteur offrait au moment de la naissance une tumeur semblable, mais d'un volume tel qu'elle descendait jusqu'aux genoux, de manière à cacher les membres inférieurs. Elle renfermait, outre une masse de liquide, une masse organique ayant la structure d'un fœtus monstrueux.

Observation IV. — Dietrich (de Glogau) a vu un enfant de quelques mois affecté de tumeur inégale et froide au testicule droit descendant jusqu'au genou, pour laquelle on pratiqua avec succès la ligature. Cette tumeur renfermait une masse fétide au milieu de laquelle se trouvaient un fémur, le coccyx, les os du bassin encore recouverts de muscles ; un morceau du sacrum avec la surface d'articulation de la dernière vertèbre lombaire, des rudiments de vertèbres, le tibia et le péroné droits avec le ligament interosseux, les os du pied cartilagineux, les orteils réunis et inclinés en arrière, enfin quelques duplicatures de la peau avec leurs glandes sébacées.

Observation V. — Ekl, professeur à Landhust, a observé un enfant né avec une tumeur considérable du scrotum qui prenait chaque jour du volume. Vers l'âge de dix-huit mois la tumeur, longue de 5 pouces fut ouverte, et il en sortit des côtes, le rachis, les deux orbites et les deux fémurs d'un fœtus. L'enfant guérit assez rapidement.

Observation VI. — André (de Péronne) a vu un enfant de six ans ne avec une tumeur du scrotum, opéré à dix-huit mois par la ponction comme s'il s'agissait d'une hydrocèle, et chez lequel la tumeur restée très volumineuse devint le siége d'une inflammation suivie d'abcès fistuleux par où sortirent un fragment d'os et quelques poils. Au bout de six semaines, une partie de l'intérieur de la tumeur fit en quelque sorte hernie par l'ouverture fistuleuse du scrotum, elle fut liée et après sa chute on vit qu'elle renfermait trois dents et un petit fragment d'os. L'enfant a guéri.

D'autres faits de ce genre ont été observés chez l'adulte par MM. Verneuil et Velpeau, mais je n'ai pas à en parler ici ; je me borne à transcrire ceux qui sont relatifs à la période infantile ; ceux qui ont été observés chez l'homme, doivent servir à démontrer que les tumeurs d'inclusion fœtale du scrotum, ne sont pas incompatibles avec la santé, et qu'elles peuvent séjourner longtemps dans l'économie sans produire de graves accidents.

Observation VII. — Un enfant de vingt mois, nommé Berrot, né avec quelque chose de particulier aux bourses, offrait, lorsqu'on le présenta à M. Nélaton, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon dans le scrotum droit. Une ponction ne fit point sortir de liquide. On enleva la tumeur et l'enfant guérit.

La tumeur ne renfermait pas de testicule. Elle était composée de graisse, de kystes séreux, dans un plus gros kyste, des poils, et à côté deux os triangulaires, un os long accolé à deux autres os longs, comme si c'étaient deux omoplates.

mérus attaché au cubitus et au radius. Il y avait encore d'autres os dont ture a été très mal déterminée.

SERVATION VIII. — Un enfant de huit ans fut opéré par les docteurs Duncan odsir d'une tumeur congénitale du scrotum dans laquelle on trouva le tes- transformé en une masse ovoïde du volume de la dernière phalange de x, et renfermant du tissu fibreux, de la graisse et des granulations arrondies s, dures comme les tubercules ; près de la réflexion de la tunique vaginale a surface du testicule étaient fixés deux appendices en massue, d'un demi- de long, formés de tissu cartilagineux avec ses corpuscules et de tissu ix évident. Ces appendices étaient couverts d'une portion de peau semblable gument ordinaire, garni de poils et doublé de tissu adipeux sous-cutané.

plus curieux de tous ces faits, le mieux observé et le plus étudié à la est celui de M. Verneuil, recueilli dans le service de M. Guersant.

SERVATION IX. — Il s'agit d'un enfant de deux ans, né avec une tumeur crotum et qu'on présente à l'hôpital des Enfants. Alors la tumeur scrotale environ le volume d'un petit œuf de poule, couverte de téguments mo- très sains. Elle n'offrait aucune bosselure ou irrégularité. Elle était entiè- nt indolente. On ne sentait ni testicule ni l'épididyme, et après deux ponc- inefficaces, la castration fut pratiquée avec un plein succès. Une incision partie postérieure du scrotum permit d'énucléer la tumeur et de faire la re du cordon en masse.

pédicule de la tumeur est formée par le cordon dans lequel se trouvent le déférent, les vaisseaux spermatiques et les vestiges du corps de Wolff ; à térieur se voit le testicule aplati et atrophié, ayant 2 à 3 millimètres sur 12. meur elle-même, molle, enkystée, lisse, bosselée, offre :

Au centre, une grande cavité anfractueuse, à parois vasculaires et recou- par une matière grise pulpeuse qui n'est autre que de la substance grise ale avec des vaisseaux capillaires, des tubes nerveux, des corpuscules de nce grise et de la matière amorphe.

Plusieurs autres cavités indépendantes les unes des autres, remplies les e liquide transparent et filant, les autres d'une bouillie avec du sébum et ils libres ou adhérents à la paroi. Un de ces kystes renferme des élé- qu'on a reconnus pour être ceux du pigment choroïdien, un autre ceux de avec ses papilles, ses poils, ses glandes sébacées, les noyaux du réseau pighi et les écailles épidermiques. Enfin, on trouvait çà et là, dans l'épais- la masse, du tissu adipeux et des noyaux cartilagineux dont les éléments parfaitement caractérisés.

près tous ces faits si concluants et si bien étudiés pour la plupart, neuil établit que les tumeurs formées d'une inclusion scrotale ou tes- e sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. Elles se développent dans ches sous-cutanées en dehors du testicule qui reste sain, ou à côté du le qui est atrophié, ou dans la glande elle-même qui disparaît alors pres- mplétement. Dans quelques cas, elle est primitivement étrangère au , et naît dans une connexion intime avec le testicule avant sa descente, ière à constituer une sorte d'inclusion abdominale. Toujours congé- c'est-à-dire évidentes au moment de la naissance, les tumeurs par

inclusion, qui n'ont été reconnues qu'à une époque plus avancée de la vie, étaient restées inaperçues jusqu'au jour où une circonstance accidentelle est venue favoriser leur développement.

Elles sont anatomiquement constituées par des portions de fœtus plus ou moins développés, telles que des fragments de squelette avec ou sans leurs parties molles, mais jamais de fœtus complets ; des morceaux d'os déformés rendus méconnaissables, des cartilages, des ligaments réunissant des pièces osseuses, rarement des fibres musculaires qui se détruisent trop rapidement, du tissu adipeux, des dents, des yeux, des poils flottants ou agglutinés, libres ou adhérents, des fragments de peau avec son épiderme, des glandes sudoripares et sébacées, de la matière nerveuse et des nerfs, ce qui est très rare.— Outre ces parties solides, elles renferment de petites collections de liquide séreux ou sanguinolent enkysté à l'intérieur où leur masse baigne elle-même dans le liquide plus ou moins abondant d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

L'inclusion testiculaire est souvent difficile à reconnaître et peut simuler des tumeurs d'une tout autre nature. Elle offre même des caractères différents suivant la période à laquelle elle est arrivée. A part la congénialité, qui n'est qu'une présomption, ses caractères n'ont rien de pathognomonique.

Au début, la tumeur est latente dans le scrotum, la région inguinale ou iliaque; on ne s'aperçoit ordinairement pas de sa présence, ou si on la reconnaît, comme elle est peu volumineuse et sans douleur, on l'abandonne à elle-même. Plus tard, quelques années, trois, quatre, dix, vingt-cinq ans, sous l'influence d'une excitation, elle prend du volume, devient vasculaire et douloureuse; il s'y fait un travail intérieur, des inflammations, des abcès, des fistules, etc.

C'est une tumeur généralement dure, d'une consistance ferme, tantôt régulière, ovoïde, lisse, tantôt inégale et bosselée. Sa texture paraît d'autant plus serrée qu'elle est récente. Elle est quelquefois fluctuante sur un point ou dans sa totalité, si une hydrocèle l'entoure, et alors elle peut être transparente, sans cela elle ne l'est jamais. Elle est quelquefois le siége d'inflammations suivies d'abcès et d'ouvertures fistuleuses par lesquelles sortent des poils ou des fragments organisés ; ce qui est d'une importance extrême.

La présence de ces tumeurs ne cause jamais de bien vives douleurs, ni de symptômes généraux graves. Toute la maladie est locale, et l'on n'a jamais vu comme complication que l'engorgement des ganglions inguinaux voisins.

Le pronostic des inclusions testiculaires et scrotales n'a rien de sérieux. La maladie est locale, ne détermine jamais d'accidents graves, elle est dans une région accessible au chirurgien, et elle n'entraîne que la perte d'un testicule. L'opération est son plus grand danger, puisqu'elle peut être mortelle, aussi ne faut-il y recourir qu'à la dernière extrémité. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs entièrement bénignes restent stationnaires; aussi tant qu'elles ne sont point enflammées, il n'y a pas d'opération à faire : ce n'est que lorsqu'une

mation suivie d'abcès s'y est établie, que l'on peut songer à les enlever, n'elles ne sauraient guérir d'elles-mêmes.

Traitement.

l'inclusion scrotale est indépendante du testicule et que la tumeur soit il faut en faire l'extirpation et laisser la glande ; si, au contraire, le ule est le siége de l'inclusion, alors il faut enlever toute la tumeur. le cas de fistule, quelques médecins ont cherché à retirer les débris etus, et ont préféré attendre patiemment la guérison que de recourir au dé plus expéditif de l'incision. C'est une lenteur qui n'est pas com- e par de réels avantages ; quand la tumeur est liquide, on peut faire ncision, vider la poche de ce qu'elle renferme, et panser la plaie comme était le résultat d'un simple abcès.

§ VII. — De l'incontinence d'urine.

incontinence est un écoulement involontaire de l'urine. Dans l'état nor- comme on le sait, elle ne doit être évacuée qu'à des intervalles plus ou s éloignés, après un besoin senti et sous l'empire de la volonté.

incontinence des urines se présente sous trois formes distinctes :

Dans la première forme, l'excrétion urinaire est soustraite à l'empire de la nté ; jour et nuit l'urine s'échappe au fur et à mesure qu'elle est versée la vessie par l'uretère : c'est l'*incontinence par paralysie du col*. Elle a d'une manière *continue*.

Dans la seconde forme, l'écoulement a lieu goutte à goutte, mais il est dé de l'accumulation de l'urine dans la vessie : c'est l'*incontinence par gement*. Elle est continuelle et a lieu le jour et la nuit.

Dans la troisième forme, ce n'est plus d'une manière continue que se écoulement, mais à des intervalles plus ou moins éloignés et par jet, e dans l'état physiologique, avec cette différence néanmoins que l'excré- st involontaire et se fait la nuit pendant le sommeil.

l'urine s'amasse bien dans son réservoir, et peut y être retenue plus ou s de temps selon des circonstances impossibles à apprécier ; mais un état lâchement du sphincter vésical, relâchement qui peut être simple ou liqué d'une surexcitabilité des parois vésicales, fait que cet anneau mus- re laisse échapper l'urine par les contractions seules de ses parois sans le besoin d'uriner se fasse sentir, ou sans exciter une impression assez our interrompre le sommeil, et par conséquent sans que le malade ait ience de son émission : c'est l'*incontinence nocturne*.

re la distinction si naturelle : 1° de l'incontinence par paralysie du col, 'incontinence par regorgement, 3° et de l'incontinence nocturne, il faut reconnaître : 1° des incontinences complètes, 2° des incontinences plètes.

s les deux premières formes l'incontinence est *continue, permanent*

dans le second, elle se reproduit à des intervalles variables d'une façon *intermittente*.

Causes.

La paralysie du col vésical, ainsi que les calculs de la vessie ou de la prostate, la paralysie de la vessie elle-même, par lésion de la moelle du cerveau ou des nerfs, produisent l'incontinence. Dans ce dernier cas l'urine tombe goutte à goutte dans la vessie, s'y accumule, la distend. Par suite de sa paralysie, la vessie perd sa force contractile; le sphincter vésical s'oppose à la sortie de l'urine, et ce n'est que lorsque la vessie est distendue outre mesure, que les muscles abdominaux, le diaphragme, exercent une compression qui fait céder le col de façon à laisser passer quelques gouttes d'urine. Ainsi donc, dans cette forme, il reste toujours une certaine quantité d'urine dans la vessie.

L'incontinence des urines est *diurne* et *continue; nocturne* ou *intermittente*. Cette dernière est celle qu'on observe surtout chez les enfants.

L'*incontinence diurne* est ordinairement symptomatique, et résulte d'une paralysie de vessie qui amène sa distension et le reflux par regorgement; d'une inflammation de vessie; de la prostate; d'une maladie de la moelle, du cerveau, etc.

L'*incontinence nocturne* est caractérisée par l'émission des urines pendant le sommeil. Elle est toujours idiopathique et ne dépend pas d'une altération matérielle appréciable des centres nerveux ou des organes génito-urinaires. C'est la plus commune de toutes. Elle dépend d'une paralysie du col de la vessie avec spasme de l'organe qui, pendant le sommeil, chasse l'urine de son réservoir naturel; c'est un affaiblissement du sphincter vésical qui ne peut lutter contre la contractilité des parois de la vessie. C'est une paralysie essentielle produite par les maladies aiguës (1).

J.-L. Petit a très bien fait connaître les variétés qui peuvent se rencontrer. Il y a, dit-il, trois espèces de pisseurs au lit : « Les paresseux, qui refusent de se lever aux premiers avertissements du besoin. Ceux qui dorment si profondément, que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est pas assez forte pour les réveiller; il n'y a alors que le col de la vessie qui sente, et qui, accoutumé d'obéir à cette sensation, s'ouvre spontanément, et laisse écouler les urines sans que l'âme en ait conscience. La troisième variété comprend ceux qui rêvent pisser contre un mur ou dans un pot; ils sentent qu'ils ont envie d'uriner, et pissent effectivement. Ceux-là sont rares, il ne leur arrive pas souvent de pisser au lit la nuit. Quoique cette espèce soit rare, j'en ai vu qui ont pissé ainsi pendant longtemps. »

L'*incontinence nocturne* s'observe surtout chez les enfants, plus souvent

(1) E. Bouchut, *Des paralysies et des névroses causées par la convalescence des maladies aiguës* (*De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme*. Paris, 1860, p. 51, et *Union médicale*, 1861).

chez les garçons que chez les filles, rarement chez les adultes, et plus rarement encore à un âge avancé.

Parmi ses causes prédisposantes il faut citer : la faiblesse et la constitution lymphatique des enfants. M. Mondière cependant a remarqué que tous les malades qui étaient venus réclamer ses soins étaient forts, à chairs fermes et sans aucun attribut de la constitution lymphatique ; ce n'est donc pas, dit-il, à une faiblesse de tout l'organisme qu'est due la maladie, mais bien à l'atonie d'un seul organe, comme le prouvent assez les insuccès du traitement par les toniques, et les résultats que l'on obtient en employant des moyens dont l'action va agir sur cet organe faible ou sur les centres nerveux qui président à ses fonctions.

L'incontinence dépend quelquefois des mauvaises habitudes d'onanisme, de la longueur du prépuce qu'il faut couper, de calculs dans la vessie, de la chlorose, et en dernière cause, de l'atonie du sphincter vésical ou de la surexcitabilité de la vessie.

Cette névrose est héréditaire, et succède quelquefois en cette qualité à d'autres névroses des parents, sous forme d'hérédité par métamorphose. On observe alors chez les ascendants ou chez les collatéraux de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, etc.

Elle est quelquefois simulée, non dans le premier âge, mais par les adultes qui veulent se faire exempter du service militaire. M. Champouillon a rapporté plusieurs exemples de cette fraude en indiquant les moyens de la découvrir (1).

La simulation d'incontinence nocturne est plus commode, moins fatigante que celle de l'incontinence complète d'urine ; aussi est-ce à elle qu'on donne la préférence.

On a conseillé, pour obtenir l'aveu d'une imposture, de recourir à des moyens violents, douloureux, tels que l'application de vésicatoires ou de moxas sur les lombes ou au périnée. Ces manœuvres, cruelles à la vérité, ont cependant l'avantage d'être utiles si la maladie est réelle.

D'autres fois on emploie l'intimidation, on place le malade comme si l'on allait lui pratiquer une opération sanglante, etc. Voici le moyen dont se sert M. Champouillon, et qui lui a toujours réussi ; il n'est point douloureux, et il est toujours suivi de succès quand il est bien employé :

On fait saler assez fortement les aliments du fraudeur, de manière à le faire boire beaucoup ; puis on verse secrètement dans sa tisane quelques gouttes de laudanum, qui le plongent dans un profond sommeil. Au milieu de la nuit, on pratique le cathétérisme et l'on retire généralement une grande quantité d'urine. Si l'imposteur n'avoue pas sa défaite, M. Champouillon le fait observer les nuits suivantes, et enjoint de le plonger dans un bain d'eau glacée, si l'incontinence se reproduit. Sur 144 individus suspects, soumis à cette méthode de vérification, un seul s'est obstiné à mouiller son lit.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1859.

Symptômes.

Dans l'incontinence nocturne, l'urine s'amasse dans son réservoir, et l'abondance du liquide porte une excitation trop vive sur la vessie qui, à cet âge, est toujours très irritable et l'oblige à se contracter sans que le besoin d'uriner se fasse sentir ou sans exciter une impression assez vive pour troubler le sommeil.

Outre le symptôme prédominant consistant dans l'écoulement involontaire de l'urine, on voit surtout chez les enfants les parties génitales et la région supérieure et interne des cuisses se couvrir d'un érysipèle pustuleux qui est le siége d'une douleur âcre et cuisante, d'excoriations avec gerçures, épaississement et racornissement du scrotum. On peut éviter ces accidents causés par l'urine du côté du scrotum et des cuisses, par des soins de propreté; l'écoulement étant alors le seul trouble, n'amène aucun dérangement dans la santé de l'enfant, qui conserve son caractère habituel et la gaieté de son âge.

Marche, durée, terminaisons.

L'incontinence nocturne d'urine a une marche ordinairement continue, quelquefois cependant l'émission involontaire cesse pendant quelque temps; des maladies intercurrentes, telles que la variole, la scarlatine, une pneumonie, etc., peuvent faire disparaître momentanément cette infirmité.

Quelquefois on observe des améliorations passagères, sans qu'on puisse bien s'en expliquer la cause; mais en général la maladie, pendant toute sa durée, reste ce qu'elle était au début.

Pronostic

Peu grave par elle-même, l'incontinence d'urine n'en est pas moins une infirmité dégoûtante. Généralement on la voit cesser avec l'arrivée de la puberté, mais il n'est pas rare cependant non plus de rencontrer des jeunes filles réglées chez lesquelles cette affection existe encore. Dans quelques cas elle a disparu après le mariage.

Traitement.

Un grand nombre de moyens ont été proposés contre l'incontinence nocturne.

En première ligne, il faut parler des remèdes populaires qui, par la frayeur qu'ils inspirent, ont quelquefois réussi d'une façon toute morale. Ainsi on a employé le gosier d'un coq rôti et mis en poudre, la vessie d'une chèvre ou d'un sanglier, le poisson qu'on trouve dans le ventre du brochet, les souris rôties ou réduites en cendres, qu'on faisait manger aux pauvres enfants atteints d'incontinence.

Il faut mentionner aussi, pour les proscrire sévèrement, les moyens moraux destinés à frapper fortement l'imagination des enfants : ainsi on leur faisait

ser dans leurs mains des souris vivantes, on les faisait assister à la mort ie personne chère, on les mettait brusquement en présence d'un cadavre, es surprenait par une détonation. Ces moyens ridicules, qui n'ont jamais né de succès, peuvent avoir des résultats extrêmement fâcheux, en déter- ant chez les enfants des maladies beaucoup plus graves que celles dont ils affligés, telles que l'épilepsie ou quelque autre névrose.

n a prétendu obtenir la cessation de l'incontinence en faisant honte aux ants devant des personnes étrangères, en les exposant aux railleries de s camarades, en les privant de certains plaisirs ou même en leur infligeant évères corrections. Ces divers moyens ont pu réussir quelquefois, mais s les enfants qui ont été guéris ainsi doivent être placés dans la première été de pisseurs au lit de J.-L. Petit ; c'est-à-dire que la paresse seule était se de leur état. Dans tous les autres cas, ces moyens sont inutiles, et il y ait véritablement de la cruauté à punir un enfant d'une faute qu'il n'est en son pouvoir d'éviter.

'autres moyens externes ou internes, bien présentés dans une bonne thèse M. Gagey, ont infiniment plus d'importance.

Médication externe. — L'eau froide a été employée en bains, en douches n lotions, soit sur les parties génitales, soit au périnée, soit sur l'hypo- re. Underwood en particulier a beaucoup vanté ce moyen, qui aurait ement réussi entre les mains d'autres médecins.

Baudelocque et Guersant ont obtenu de bons résultats de l'usage des bains ds. Dupuytren ne connaissait rien au-dessus des immersions froides, et il end avoir guéri des incontinences en cinq ou six jours. Je crois, avec dière, que c'est une exagération ; cependant j'accorde une grande confiance ydrothérapie. J'ai la conviction que des douches, soit locales, soit géné- , seraient d'un excellent effet, que l'incontinence dépende d'un relâche- du sphincter vésical ou de la contractilité trop grande de la couche culaire de la vessie.

Les bains de mer, les bains aromatiques, les bains de vin même, ont nit quelquefois un peu d'amélioration. Lallemand (de Montpellier) a é des bains aromatiques d'après une formule spéciale ; et à l'en croire, il ait pas vu un cas d'incontinence résister à leur action.

La cautérisation du méat urinaire a été pratiquée par Chambiers chez une fille dont l'incontinence avait résisté à un grand nombre de médica- L'auteur voulut ainsi exagérer la sensibilité de l'urèthre, espérant que ssage de l'urine éveillerait la vessie endormie, et qu'une fois l'habitude rganisme vaincue, l'affection deviendrait facile à guérir. Onze jours après, ntinence ne reparut pas. » Elle a été également pratiquée avec succès par cteur Dupertuis, qui y a eu recours chez de petites filles et chez de s garçons dans l'urèthre desquels il injectait une solution de nitrate ent. Je ne l'ai employée qu'une fois : c'était chez une petite fille ; mais ation est restée sans résultat.

» Goulard, Baudelocque, Mondière, se sont bien trouvés de l'usage répété de la sonde; ils pouvaient à volonté faire disparaître la maladie ou la faire revenir, selon qu'ils cessaient le traitement ou qu'ils le reprenaient.

» Samuel Lair enduisait le bec de la sonde avec la teinture de cantharides, et s'en servait pour irriter le col de la vessie chez la femme, la portion prostatique de l'urèthre chez l'homme. La cautérisation du col de la vessie fut pratiquée par Demeaux au moyen du porte-caustique de Lallemand.

» Les vésicatoires, les ventouses sèches, les moxas, les frictions sèches ou avec des substances aromatiques, ont été aussi préconisés par différents auteurs.

» Nous terminerons cette longue énumération de moyens externes par l'électricité. Webster et Mauduit disent avoir guéri des incontinences en tirant des étincelles le long du raphé et près du pubis. Je crois qu'au moyen des appareils dont la science dispose maintenant, on pourrait obtenir de véritables succès.

» *Médication interne.* — Le traitement interne a varié encore plus que l'externe. On a donné d'abord les toniques tant qu'on a attribué l'incontinence à la faiblesse de la constitution. Guersant recommandait le quinquina, la gentiane, etc., en même temps qu'il prescrivait une alimentation fortifiante. Mondière n'a jamais observé un cas de guérison qui puisse être attribué à l'usage des toniques ou des amers.

» Les astringents, tels que le cachou, la ratanhia, etc., n'ont pas donné de meilleurs résultats.

» Les ferrugineux ont été employés de tout temps seuls ou unis à d'autres médicaments. Ainsi Guersant associait au quinquina l'oxyde noir de fer à la dose de 4 à 8 grammes; plus tard on a associé la limaille de fer aux cantharides; enfin on a donné, en même temps que la strychnine, le carbonate ou l'oxyde noir de fer.

» On a eu quelques succès avec les ferrugineux donnés seuls, cependant il ne faudrait pas trop compter sur cette médication. Mondière l'a préconisée dans les cas où l'incontinence complique la chlorose; il pense qu'alors l'excitation produite par les martiaux sur l'utérus se propage au col de la vessie. Mais ne peut-on pas admettre aussi que le fer ne fait que guérir la chlorose, et fait disparaître aussi le spasme de la couche musculaire de la vessie ?

» Cet auteur rapporte l'observation d'une jeune fille chlorotique, atteinte d'une incontinence nocturne d'urine qui a cédé au sous-carbonate de fer uni aux toniques. Voici la formule qu'il a employée :

Quinquina rouge concassé.....	8 grammes.
Gentiane jaune coupée.....	12
Camomille romaine.....	15
Sous-carbonate de fer.....	15

Faites macérer pendant quarante-huit heures dans un litre de bon vin blanc. A prendre 60 grammes par jour.

.es cantharides, employées à l'extérieur, ont été aussi données à l'intérieur; ouve plusieurs observations de guérison dues à cet agent. Cependant sant déclare n'en avoir jamais obtenu de bons effets. Richter, Baumès, rwood, et plusieurs autres médecins, s'en sont très bien trouvés.

La préparation qu'on devra employer de préférence est la teinture, qui moins les voies digestives que les autres préparations. On la prescrira à se de 10 à 20 gouttes par jour, chez les adultes; chez les enfants de ans, on en donnera seulement 2 gouttes. Quant aux âges intermédiaires, dra, après avoir débuté par trois ou quatre gouttes, élever progressive- la dose, en la modérant si les enfants en paraissent incommodés.

On a encore vanté l'ergot de seigle, la sabine, la créosote, l'eau de chaux, pahu, le cubèbe, etc. Ces médicaments ont réussi quelquefois, mais ont ué le plus souvent.

Le cubèbe cependant aurait donné d'excellents résultats entre les mains M. Deiters.

Ce médecin a trouvé que le *cubèbe* avait, dans cette affection, plus d'effet les autres agents thérapeutiques. Pour lui, l'incontinence d'urine, chez enfants, peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence des vers stinaux. Dans le premier cas, le cubèbe agit comme tonique; dans le nd, comme anthelminthique. On donne ce médicament à haute dose. Pour nfant, deux pincées, c'est-à-dire quelques grains; pour un enfant un peu âgé, une demi-cuillerée deux ou trois fois par jour. L'effet produit est pt et permanent; et, quoique parfois l'incontinence reparaisse par in- lles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses et bientôt raissent complétement.

Pour obtenir la cure radicale, il faut continuer ce traitement de trois à huit ines. Jamais ce traitement n'a été suivi d'accidents, et il réussit, dit l'au- également bien contre les pertes séminales.

Nous arrivons au traitement favori de Mondière, la strychnine. C'est Ribes le premier, fit connaître l'action de ce médicament sur l'incontinence ine. Il administrait la noix vomique à un soldat atteint d'une paralysie membres inférieurs avec incontinence d'urine et de matières fécales ; au de quinze jours, l'incontinence d'urine avait disparu. Il reconnut ainsi on élective de la noix vomique sur la vessie.

Mondière associait à la noix vomique l'oxyde noir de fer dans les propor- s suivantes :

Extrait de noix vomique.....	0,40 centigr.
Oxyde noir de fer	4 grammes.

re vingt-quatre pilules; en prendre trois par jour.

On commence par une dose assez faible, qu'on augmente graduellement à ce que l'incontinence disparaisse. »

strychnine se donne à la dose de 5 à 10 ou 15 milligrammes dans du

sirop, mais il faut avoir soin de surveiller les enfants pour éviter les accidents. Dès que l'enfant aura éprouvé quelques roideurs dans les membres, il faudra diminuer la dose.

« M. Debout a publié, comme devant réussir au moins dans les deux tiers des cas d'incontinence nocturne d'urine, les pilules de mastic ainsi formulées :

Mastic en larmes.....	32 grammes.
Sirop de sucre.....	q. s.

Pour une masse que l'on divise en 64 bols ou en 128 pilules, selon que les malades avalent plus ou moins facilement. On fait prendre le tout dans l'espace de cinq ou six jours, et si la guérison n'est pas obtenue après cette première tentative, on recommence immédiatement l'emploi du mastic aux mêmes doses. Si alors l'incontinence persiste, il ne faut pas insister; mais l'insuccès est l'exception (1). »

A ces moyens nous ajouterons la belladone, conseillée par Morand, remise en honneur par M. Bretonneau et par un grand nombre de contemporains. On donne 1 centigramme par jour, puis 2, 3 et jusqu'à 10 centigrammes. Dans un grand nombre de cas, ce moyen donne les meilleurs résultats et fait disparaître l'incontinence nocturne.

Dans quelques cas on peut avoir recours à l'électuaire que M. le docteur Millet indique comme lui ayant réussi mieux que tout autre moyen, dans l'incontinence d'urine chez les adolescents.

Cannelle en poudre.....		375 grammes.
Limaille de fer.....		1000
Ergot de seigle.....		140
Sucre.....	aa	1000
Miel.....		

Mélangez. A prendre 1 gramme matin et soir.

Il s'agit ici, bien entendu, de l'incontinence permanente liée à un état de débilité générale, et non de cette incontinence *nocturne* qui cède si merveilleusement à la belladone, et qui semble être le résultat d'une intolérance du muscle vésical réveillée par la chaleur du lit.

§ VIII. — De la dysurie et de la rétention d'urine.

On donne le nom de *dysurie* à la douleur et à la difficulté très grandes qui accompagnent l'émission des urines.

1° *De la dysurie.*—La dysurie peut être accompagnée de rétention d'urine. On l'observe surtout chez les garçons, au moment du travail de la dentition, dans les cas de corps étrangers de la vessie, et principalement dans des cir-

(1) *Bulletin de thérapeutique.*

toutes spéciales, à la fin des maladies aiguës. Voici alors la cause de
t. Pendant la durée de l'état fébrile, les urines sont rares, elles
ne grande quantité de sels qui sortent plus tard lorsque les urines
très abondantes. L'excès des sels irrite l'urèthre, produit la dou-
fficulté de la miction.
fois que les enfants veulent uriner, ils pleurent et crient beaucoup;
cherchent à se retenir, et n'urinent qu'au dernier moment, ce qui
r une véritable rétention des urines.
ons émollientes, diurétiques, en abondance, et des bains suffisent
cette disposition, qui ne dure jamais plus de quelques jours et qui
n danger.
rétention d'urine. — La dysurie qui succède à une dentition labo-
un calcul vésical, ou à une maladie aiguë, entraîne quelquefois la
urine même chez des enfants âgés de quelques mois. En voici un
s curieux, observé par M. Roussé (de Bagnères-en-Bigorre).
fait, les accidents de la rétention d'urine, qui auraient pu devenir
ont été conjurés par le cathétérisme vésical.

ion. — Un enfant de six mois, bien constitué, d'un tempérament
impressionnable, ayant bon appétit, tetant bien, urinant huit à
s les vingt-quatre heures, devient pâle, abattu, tombe dans l'assou-
t cesse d'uriner. Cet enfant commence sa première dentition.
uelques heures seulement les urines sont supprimées. L'enfant est
ndormi; ses extrémités sont froides; il ne veut plus teter. L'hypo-
n peu tuméfié, ainsi que le scrotum. Le pénis est un peu en érection.
hauds sur le ventre, lavement d'eau tiède.
eures, l'enfant n'a pas uriné; il reste pâle, froid, à moitié endormi
uelques plaintes. Pas de cri hydrencéphalique, d'agitation, de mâ-
s, de réveils en sursaut ni de convulsions. — Cataplasmes émol-
ventre, bains de son, deux cuillerées de sirop de rhubarbe, lavement

heures du soir, la rétention persiste. Le ventre se gonfle, et l'hypo-
tendu, offre une matité à la percussion, qui indique la réplétion de la

t de faiblesse, d'abattement, de somnolence et de petitesse du pouls.
mit de la bile mêlée de quelques grumeaux de lait.
érisme avec une sonde de gomme élastique sans mandrin donne issue
erre d'urine.
l'enfant paraît soulagé; il cesse de se plaindre, mais reste pâle, abattu
Il vomit encore deux fois de la bile. — Compresses d'huile camphrée
e, vésicatoire camphré au bras gauche, 5 centigrammes de calomel,
iendent nitré pour la mère.
ures du soir, l'enfant a vomi une troisième fois et a rejeté deux à trois
bile. Il urine et paraît plus calme; ses couleurs reparaissent; il se
ette avec une sorte de rage. La chaleur revient et le pouls reprend
e naturel.
nain, l'enfant urine facilement et paraît en bonne santé.

ion d'urine est très rare chez les enfants à la mamelle; il y

peu d'exemples dans les livres spécialement consacrés aux maladies de l'enfance, et où l'on parle plutôt de la dysurie, c'est-à-dire de la douleur et de la difficulté des mictions. La rétention est aussi rare que l'incontinence est commune. Cet accident résulte ordinairement d'une affection cérébrale, de corps étrangers de la vessie, et surtout de graviers ou de calculs urinaires; il se montre quelquefois à la fin des maladies aiguës; il accompagne quelquefois enfin le travail de la dentition, si l'on en croit les assertions d'Underwood. Chez l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire, c'est cette dernière influence qui semble avoir été la cause des accidents qu'il a éprouvés.

Malaise général, abattement, somnolence, petitesse du pouls, refroidissement, agitation et plaintes continuelles, vomissements bilieux, distension de la vessie à l'hypogastre par les urines : tels sont les accidents de la rétention d'urine chez un jeune enfant.

Que serait-il donc advenu si l'on n'avait pas reconnu la cause des souffrances, et l'on n'avait pu réussir à introduire une sonde dans la vessie? C'est ce qu'il est très difficile de dire; mais les troubles graves observés dans le pouls, dans la température animale et dans les fonctions de l'estomac, étaient de nature à faire craindre une terminaison fâcheuse, et probablement même la mort eût été la conséquence de cette rétention.

Le cathétérisme était la seule ressource dans ce cas embarrassant et difficile; notre correspondant a bien fait d'y recourir, et nous l'estimons très heureux d'avoir pu vaincre les difficultés de l'opération. La longueur du prépuce, la petitesse du méat et du canal chez un garçon de six mois, étaient autant d'obstacles qui ont été habilement évités. Le choix d'une jolie sonde de gomme élastique sans mandrin, de préférence à une sonde de métal, a été pour beaucoup dans ce résultat : c'était le moyen d'arriver plus sûrement dans la vessie sans crainte de faire une fausse route.

§ IX. — De la dilatation des uretères.

Ce n'est pas là une maladie dont le diagnostic soit possible pendant la vie, c'est une lésion anatomique fort rare, dont M. Morel-Lavallée a observé un exemple assez curieux pour être reproduit.

Chez un enfant d'un an, l'uretère gauche dilaté offrait le diamètre de l'intestin grêle. La dilatation commençait au bassinet inclusivement et s'étendait jusqu'à 1 centimètre de la vessie. Au-dessous de la dilatation, l'uretère était rétréci dans son diamètre inférieur, mais il recevait encore facilement un stylet.

Chose remarquable, la partie rétrécie de l'uretère rampait dans la paroi de la portion dilatée dans la hauteur d'un centimètre, disposition valvulaire semblable à celle de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. — Aussi l'uretère distendu par l'urine n'en laissait-il passer aucune trace dans la vessie sous la plus forte pression.

e mécanisme de la rétention d'urine dans l'uretère était donc dû à la dis-
ion valvulaire de sa partie rétrécie.

a cause de la dilatation consiste sans doute : 1° dans une oblitération qui a
ru ; 2° antérieurement, dans la pression excentrique de l'urine retenue
l'uretère.

uretère dilaté répondait à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le rectum
rejeté en face de la symphyse sacro-iliaque droite, et cependant le fond
matrice était rétro-fléchi à angle droit sur son col.

§ X. — Du sarcocèle chez les jeunes enfants.

es lésions organiques des testicules sont très rares chez les jeunes enfants,
s les recueils d'observations en renferment des exemples. Jusqu'ici elles
ent divisées en deux classes, les dégénérescences cancéreuses et les tuber-
euses. Il en existe deux nouvelles, la dégénérescence fibro-plastique et
pertrophie de la substance testiculaire, dont je rapporte ici un exemple.
l. Paul Guersant a présenté à la Société de chirurgie le testicule dégénéré
n enfant de dix-huit mois. Cet organe ayant acquis le volume d'un œuf de
le, M. Guersant croyait avoir enlevé une masse cancéreuse de la variété
phaloïde; il s'était trompé et put voir au microscope que les éléments
titutifs de cette tumeur étaient formés par la substance du testicule hyper-
hiée. Il en a peut-être été souvent de même dans plusieurs cas semblables
mment publiés comme des exemples de cancer. Ce produit est si rare
les enfants, qu'il ne faut en admettre l'existence qu'après une minutieuse
cation.

ans l'observation qu'on va lire, il s'agit d'un véritable cancer du testicule
t donné lieu à une diathèse mortelle caractérisée par d'autres tumeurs
phaloïdes du foie et des poumons. Deux tantes de l'enfant étaient mortes
suite de cancer au sein.

SERVATION I. — L'augmentation du volume de la glande fut remarquée
la première fois alors que l'enfant avait dix-sept mois. L'ablation en fut
dix mois plus tard, en mars 1857. Le testicule, qui avait alors la grosseur
oing d'un adulte, offrait un bel exemple de cancer encéphaloïde. Après l'opé-
n, la santé de l'enfant se rétablit et resta intacte pendant huit mois. Au bout
temps, les poumons se prirent, la maladie marcha rapidement, et la mort
a le 7 février, onze mois après l'opération. L'autopsie fit voir les deux pou-
infiltrés de matière encéphaloïde ; un petit noyau gros comme un pois fut
é dans le foie, sans aucune autre altération des organes abdominaux. Il
stait aucune trace d'infiltration cancéreuse ni dans le cordon spermatique, ni
les ganglions lymphatiques des lombes. Ce fait offre de l'intérêt au point de
e la doctrine de la transmission héréditaire des affections cancéreuses : deux
s de l'enfant, du côté paternel, étaient mortes de cancer du sein (1).

) *Union médicale*, 23 décembre 1868.

Voici une observation différente, c'est un hydro-sarcocèle vraiment cancereux enlevé par M. Amussat sur un enfant de onze ans.

Observation II. — *Ablation de la tumeur sarcomateuse. — Torsion des artères. — Réunion par la suture entortillée.* — François Grelet, fils de fermier, demeurant à Avançon, commune d'Exireuil, près Saint-Maixent (Deux-Sèvres), âgé de onze ans, tempérament lymphatique, teint jaune, plombé, intelligence remarquable pour son âge. Le père de sa mère est mort d'un cancer de l'estomac, et la grand'mère de sa mère d'un cancer à la face. Son affection semble remonter à plusieurs années, mais ses parents et lui ne s'en sont aperçus que depuis sept semaines seulement. Jamais il n'a senti aucune douleur, qu'une grande difficulté à la marche occasionnée par le volume et le poids de la tumeur. Cette tumeur occupe le côté droit de l'aine, envahit le testicule et l'épididyme du même côté. Son volume est à peu près celui de la tête d'un enfant naissant, elle est pyriforme, la grosse extrémité en bas et la petite en haut, ayant 39 centimètres dans sa plus grande circonférence perpendiculaire, et 37 centimètres dans sa plus grande circonférence transversale. Elle semble s'étendre jusque dans l'intérieur de l'anneau. Le cordon est gros, tendu, offrant sous le doigt une sensation analogue à celle de l'intestin hernié. Cette tumeur est dure, bosselée, lobulée à sa partie inférieure et postérieure, molle et fluctuante à sa partie antérieure et supérieure. Un grand nombre de vaisseaux variqueux rampent sous la peau.

Le jeudi 12 octobre 1854, à deux heures de l'après-midi, M. Amussat pratique l'opération, assisté par MM. Lemanski, Seauzeau et A. Pélisson. L'enfant, couché sur une table presque horizontalement, est soumis avec les précautions convenables à l'inhalation du chloroforme. Un des assistants protége la verge et le testicule sain. M. Amussat pratique deux incisions semi-elliptiques à un demi-pouce au-dessous de la verge. Dissection de bas en haut; écoulement à la partie antérieure de sérosité épaisse, jumenteuse; section et torsion d'une grosse artère du volume d'une digitale. En fendant la tunique vaginale plus longuement, une masse ressemblant à une anse intestinale se présente sous l'instrument tranchant. L'opérateur reste dans le doute, ainsi que les assistants. Après quelques recherches, il reconnaît que l'objet de cette incertitude est en définitive la tunique vaginale retournée en haut et formant le doigt de gant. On en pratique la section. M. Amussat fait tout autour du cordon la section isolée des vaisseaux, puis, les saisissant au moyen d'un tenaculum, il en fait la torsion. L'effusion du sang s'arrête. C'est alors seulement que l'opérateur fait la section du canal déférent. Trois ou quatre points de suture entortillée pour réunir par première intention les deux tiers supérieurs de la plaie. Quant à la partie inférieure, on laisse les deux bords libres, pour le facile écoulement des liquides. Linge fenêtré enduit de cérat, charpie, compresse, bandage en T, puis par-dessus un autre en triangle. Le premier appareil a été levé le 14 octobre, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération. Aucun accident; l'enfant est dans l'état le plus satisfaisant; tout fait espérer une guérison prochaine.

Examinée attentivement, la pièce pathologique est de consistance moyenne, élastique, lobulée. A l'incision, la surface de la coupe présente un assemblage de lobules intimement unis les uns aux autres, formant çà et là un léger relief à surface lisse, d'un blanc rosé, parcourus de nombreux vaisseaux capillaires et ayant l'aspect de certains encéphaloïdes encore assez fermes; mais la pression n'en fait suinter qu'une petite quantité de liquide séreux un peu louche, et le tissu morbide est mollasse, sans friabilité; il cède à la pression, mais ne se laisse déchirer qu'avec peine.

microscope on y distingue des fibres, des vaisseaux et une grande quantité
ules allongées, fusiformes, grenues, entremêlées de noyaux grenus libres
granules de volume variable.

§ XI. — Occlusion de la vulve et de l'urèthre.

observe quelquefois l'*absence presque complète* des parties extérieures
génération constituées seulement par un clitoris au-dessous duquel se
une ouverture pour le passage de l'urine.
ez d'autres, les parties sont entières et complètes, mais il y a *occlusion*
nitale de la vulve avec ou sans occlusion de l'urèthre. Cette occlusion
être *accidentelle*, et s'observe chez les jeunes enfants à la suite de brû-
d'inflammation ou de gangrène de la vulve.
l'occlusion porte uniquement sur le vagin, elle ne détermine générale-
pas d'accidents, si ce n'est à l'époque de la menstruation, et il n'y a pas
occuper chez les enfants.
e fois cependant on a vu se faire chez une enfant de deux mois une ré-
n de mucus formant derrière l'hymen une petite tumeur douloureuse,
te entre les grandes lèvres, et qu'il a fallu inciser. — Voici ce fait
ux :

ERVATION I. — M. Godefroy eut à examiner une petite fille âgée de deux
affectée de tumeur à la vulve, et augmentant de volume pendant les cris
efforts de la défécation et de la miction. Cette enfant, qui est une jumelle,
ale, grêle, chétive; le ventre était dur et tendu. En écartant les grandes
petites lèvres, on apercevait l'orifice du vagin occupé par une petite tumeur
hémisphérique, du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, et adhé-
la circonférence vaginale par tout le pourtour de sa base. Cette tumeur,
anc bleuâtre, était indolente. Le toucher y faisait reconnaître une sorte
uation. La pression la déprimait; mais elle ne tardait pas à reprendre son
primitif aussitôt que l'on cessait de la comprimer.
onnaissant à ces signes une imperforation de l'hymen avec rétention d'un
, il n'hésita pas à pratiquer au centre de la tumeur une ponction d'environ
illimètres d'étendue. Cette ouverture donna issue à un liquide visqueux,
comme du blanc d'œuf, très épais, en tout semblable au mucus utérin,
il fut obligé de favoriser la sortie en le prenant avec un linge et en
imant légèrement le ventre de l'enfant.
rès en avoir retiré environ une bonne cuillerée à café, un brin de charpie
troduit entre les lèvres de la petite plaie, afin de s'opposer à leur réunion
diate.
t hymen était très fort et très vasculaire; il avait bien 2 millimètres d'épais-
, et quelques gouttes de sang s'écoulèrent lors de sa section.
s deux lèvres de la plaie se sont cicatrisées isolément, et les parties sont
nues dans les conditions normales.
n'a été fait qu'une incision au centre de l'hymen imperforé, et nulle perte
bstance, comme on recommande, avec raison, de le faire chez les adultes;
à craindre que plus tard (à la puberté) il ne reste qu'un pertuis incapable
nner un écoulement facile aux règles. C'est la crainte d'un écoulement de
chez un sujet aussi jeune qui l'a détourné de l'excision.

Dans le cas où la disposition anatomique est telle que l'urine, au lieu de s'écouler au dehors, passe dans le vagin derrière l'adhérence de la vulve, pour y déterminer de l'inflammation, des concrétions urinaires ou un abcès urineux, il faut diviser les grandes lèvres, et maintenir les parties dans une disposition favorable à la cicatrisation isolée.

Si l'*occlusion du méat urinaire* accompagne l'occlusion de la vulve, l'enfant n'urine pas, s'agite, crie, et en peu de temps une tumeur formée par la vessie distendue se montre à l'hypogastre. L'orifice de l'urèthre est fermé par une membrane complète ou incomplète qui se tend au moment des efforts de l'enfant. Une incision et la présence d'une sonde pendant quelques jours suffisent pour guérir cette difformité.

Quelquefois, au lieu d'une simple membrane, il y a rétrécissement ou dilatation complète de l'urèthre, ce qui rend le cas fort grave. Quelquefois dans cette circonstance, ainsi que l'ont vu Littré et Cabrol, l'urine remonte par l'ouraque et sort par l'ombilic au travers d'une petite fongosité molle, vergeâtre et spongieuse. Cela peut ainsi durer dix, douze ans et même toute la vie. Ordinairement l'enfant succombe à la rétention d'urine, par infection urineuse, péritonite ou rupture de la vessie.

Dans ce cas, il y aurait à tenter de faire une voie artificielle à l'urine en créant un canal au lieu et place de celui qui devrait exister. Si l'occasion s'en présentait, je n'hésiterais pas à le faire; je pratiquerais une ponction de la vessie dans la direction de l'urèthre, et par des sondes laissées à demeure je chercherais à maintenir la formation du canal artificiel.

Voici un cas où, selon toute vraisemblance, il n'y a eu qu'une imperforation congénitale de l'urèthre chez une petite fille, et qui a parfaitement guéri. Il est seulement regrettable que l'auteur n'ait pas donné plus de détails sur l'état des parties.

Observation II. — Une dame accouche le 14 janvier 1857, d'une fille grêle, mais viable. Le médecin remarqua qu'elle n'urinait point en naissant, comme le font beaucoup d'autres. L'enfant prit le sein aussitôt qu'on le lui présenta. Le lendemain, le médecin apprit qu'elle avait pleuré toute la nuit. A ses questions, la garde répondit que l'enfant avait uriné; mais étant revenu le soir, et ayant demandé à la mère s'il y avait eu émission de l'urine, il reçut cette fois une réponse négative. Il examina alors l'enfant, et n'y trouvant aucune trace de l'urèthre, il se mit à disséquer l'anneau; mais n'y découvrit rien d'anormal pouvant donner passage à l'urine. Alors, pour ne pas rester témoin inactif de la mort cruelle de ce petit être, il pratiqua la ponction entre le clitoris et le vagin, de la manière suivante:

A défaut de trocart ordinaire convenable, il prit celui de Récamier. L'enfant fut placée transversalement sur les cuisses de sa mère, qui maintenait le tronc et les bras, tandis qu'un aide tenait les cuisses écartées et relevées, et qu'un autre aide pressait légèrement sur l'hypogastre pour tendre la vessie pleine d'urine. Appliquant alors la canule au point correspondant à l'ouverture extérieure du canal de l'urèthre, il la poussa lentement et pressa fortement sur les tissus jusqu'à les perforer, jusqu'à ce qu'il la sentît placée sous la symphyse du pubis.

econd temps, il poussa le trocart dans la canule et avec la canule, qu'il lui parût arrivé au bord postérieur de la symphyse. Dans le troi- ps, inclinant l'instrument de haut en bas, et d'avant en arrière, il le s cette direction et arriva dans la vessie. En effet ayant retiré la tige il vit quelques gouttes d'urine s'échapper par la canule.

nme la canule était trop étroite pour permettre l'écoulement complet ou le passage d'une mèche, l'opérateur la retira immédiatement, in- sa place une mèche qui fut laissée à demeure, et prescrivit des fomen- ollientes. Une heure après, l'urine commença à couler, et continua it, sans aucun signe de douleur de l'enfant qui teta et dormit alter- . Les jours suivants, la mèche fut remplacée successivement par de es; l'écoulement de l'urine fut continuel. Mais le cinquième jour, omba d'elle-même; et comme, depuis cette chute, l'écoulement de t été intermittent, on n'en remit pas d'autre. Le septième jour, l'émis- ine était réellement intermittente, et ne paraissait pas provoquer de enfant continua de se bien porter (1).

§ XII. — De l'hémorrhagie vulvaire.

rice est peu volumineuse chez les nouveau-nés, son tissu fibreux endurci, sa cavité remplie de mucus. Le vagin, assez large, est mucosités épaisses et compactes. Ces organes semblent peu vascu- sont quelquefois cependant le siége d'une hémorrhagie qu'on prend une menstruation trop précoce.

trouvé deux fois du sang épanché et pris en caillots dans la cavité chez des petites filles mortes après la naissance. M. Mallat a observé qui eut, quelques jours après sa naissance, une hémorrhagie vul- e de la formation d'un caillot vaginal retiré par la mère, au bout de ines. Il existait en même temps un gonflement des deux glandes s. Tout disparut bientôt : l'écoulement de sang avait duré dix jours e docteur Camerer a vu semblable chose quatre jours après la l'une petite fille née à terme. Quelques gouttes de sang s'échap- la vulve, et l'écoulement ne se reproduisit pas; cinq jours après, les se tuméfièrent momentanément, et l'enfant continua de se bien rrier cite un fait tout semblable. Il m'a été donné d'en observer avec le docteur Moynier chez une petite fille qui a guéri. Enfin, Angers), qui paraît avoir observé assez souvent cette hémorrhagie, u'elle n'est pas très rare chez les enfants à la mamelle. D'après lui, coule rouge, liquide, pendant une semaine, quinze jours et plus, enfant paraisse aucunement affecté. L'écoulement se tarit de lui- n'exige que des soins de propreté, et il semble que ce soit un pré- fonction qui doit s'établir à la puberté.

nande pardon à Ollivier, mais c'est là une erreur. L'hémorrhagie ui vient après la naissance, ne se montre qu'une fois, et ne peut ilée à l'hémorrhagie menstruelle. Il faudrait, pour établir ce fait, e qu'une supposition, et l'examen anatomique des ovaires ou la

(1) *Journal des connaissances méd. et pharmac.*, n° 29, 1857 (docteur Torres).

reproduction périodique de l'écoulement pourrait seule lui donner un . Si la forme d'hémorrhagie que je viens de décrire n'est pas comp l'hémorrhagie menstruelle, il n'en est pas ainsi de celle dont M. Geoffro Hilaire nous a laissé l'histoire.

Observation I. — Mathilde H..., née d'une famille blanche et naquit à la Louisiane, le 31 décembre 1827, avec des seins bien form pubis garni de poils, comme celui d'une fille de treize à quatorze ans. A trois ans, les règles ont paru et avaient continué de reparaître régul tous les mois jusqu'à l'époque où M. Lebeau, médecin à la Nouvelle-O transmettait ce fait à M. Geoffroy Saint-Hilaire. Les règles étaient cha aussi abondantes qu'elles le sont chez une femme pubère; la durée de menstruation était de quatre jours (1).

M. Wilson a observé un cas de ce genre à Philadelphie.

Observation II. — Anna G..., naquit en 1845. Elle n'offrit rien de quable à sa naissance, si ce n'est le développement non habituel des se étaient de la grosseur d'*œufs de poule;* ils augmentèrent très rapidement cinquième mois ils étaient aussi développés que ceux d'une jeune fille à l la puberté.

A cette époque, la mère remarqua que les linges de l'enfant étaient ta sang qui provenait des parties génitales. Cet écoulement dura deux jours mois pendant cinq mois, puis tous les trois mois, jusqu'à l'âge de quat époque à laquelle il ne se manifesta plus régulièrement.

L'enfant devint maladive et fut sujette aux indispositions qu'éprouve tuellement les femmes dont la menstruation est supprimée.

Après différents remèdes, les règles reparurent régulièrement tous l mois, pendant cinq jours, et cela pendant plusieurs années. La santé é venue.

Lorsque M. Wilson la vit, les règles étaient supprimées depuis plusie maines et la santé s'altérait de nouveau. M. Wilson l'examina durant so meil. Elle avait la taille ordinaire d'une enfant de son âge, mais elle et grosse ; les seins avaient le volume de ceux d'une fille adulte *bien develop* pudendum était couvert de poils noirs, épais : elle avait tout à fait l'app d'une jeune fille qui a dépassé l'âge de la puberté.

Il y a d'autres faits analogues à celui-ci dans la science; ce sont c qu'on peut, avec quelque raison, considérer comme des exemples de tru ation prématurée, la périodicité de l'hémorrhagie, sa nature et sa en fournissent la preuve.

§ XIII. — De la gangrène de la vulve.

La gangrène de la vulve n'a jamais été observée chez le nouveau-né; c très rare chez l'enfant à la mamelle, et ne devient assez fréquente qu époque plus avancée de l'enfance.

(1) Un fait non moins curieux de puberté précoce chez un petit garçon d ans et quatre mois a été observé par M. Ruelle, médecin à Cambrai. (*Bull l'Académie de médecine*, Paris, 1843, t. VIII, p. 622).

La gangrène de la vulve est le résultat d'une disposition générale sous laquelle se trouvent les enfants. Elle est déterminée par une cause occasionnelle irritante : la masturbation, plus souvent la leucorrhée, si commune dans le cours des maladies aiguës, et surtout des fièvres typhoïdes ou éruptives. Des érosions, des ulcérations se forment à la face interne des grandes et des petites lèvres ; incessamment baignées par un flux blanc très âcre, elles s'irritent davantage, s'étendent et se creusent ; elles se couvrent de sanie purulente infecte, de fausses membranes, et amènent la formation d'un noyau inflammatoire subjacent, qui devient le point de départ du sphacèle. Si l'on ne détruit pas ce noyau inflammatoire plastique, le sphacèle est inévitable. Il s'étend rapidement, gagne la peau, et une eschare gris noirâtre, puis noire, se forme, détruit la grande lèvre, les petites, le clitoris, le périnée jusqu'à l'anus, la partie contiguë des cuisses, et la mort arrive après une désorganisation effrayante.

Les parties génitales sont le siége d'un écoulement grisâtre, sanguinolent, infecte. Le passage des urines irrite sans cesse les parties et provoque la plus vive douleur. L'état général devient rapidement fort grave, la fièvre est continue ; les enfants ne mangent pas, maigrissent beaucoup et tombent dans une prostration considérable. Ils succombent enfin dans le marasme entraîné par la suppuration.

C'est une maladie fort grave, qui est liée à un état de débilité générale de l'économie, et chacun sait, en effet, qu'on ne l'observe qu'à la fin des maladies aiguës ou éruptives. Elle existe souvent avec la gangrène de la bouche, dont elle est la complication ordinaire, ainsi que je l'ai indiqué en parlant de cette autre maladie. Elle peut guérir quand elle existe seule, isolée de toute autre affection ; elle se termine le plus ordinairement par la mort dans le cas contraire.

Quand la gangrène de la vulve doit guérir, les eschares se détachent et tombent ; des bourgeons charnus de bonne qualité couvrent les plaies subjacentes, une suppuration de bonne nature s'établit, et la cicatrisation s'opère graduellement. Il y a toujours lieu de veiller à ce qu'elle ne s'opère pas d'une façon vicieuse, et n'amène pas l'occlusion de la vulve, de l'urèthre, etc.

Traitement.

Dès qu'on a reconnu le commencement de la gangrène, il ne faut pas hésiter à cautériser vigoureusement le point initial de la maladie. Il convient d'appliquer sur l'ulcère gangréneux, ou sur le noyau placé au-dessous, un pinceau de charpie trempé dans l'acide nitrique ou chlorhydrique, ou un cautère rougi à blanc. Si l'on emploie les acides, il est nécessaire de renouveler la cautérisation matin et soir, jusqu'à ce que la plaie ait pris un aspect satisfaisant.

Il faut en outre faire des lotions fréquentes avec du vin de quinquina, du vin aromatique ou une solution désinfectante de chlorure d'oxyde de sodium, saupoudrer la plaie avec du quinquina ou du charbon, séparer les grandes

lèvres à l'aide d'un linge enduit d'onguent styrax, et donner de quotidiens.

S'il n'y a pas de contre-indication absolue, il faut soutenir les enf un bon régime, par des aliments gras, des pâtes analeptiques, du chc peu de vin de Bordeaux noyé de vin de quinquina, etc. C'est le moyen d'augmenter les forces et de permettre aux enfants de vivre que l'affection locale met à guérir.

§ XIV. — Du prurit de la vulve.

Le prurit de la vulve est assez fréquent chez les petites filles d'u ans. Il s'observe surtout chez les enfants faibles et lymphatiques o parents ayant eux-mêmes une faible constitution. Le prurit de la v quelquefois accompagné de leucorrhée, et paraît occasionné par une tion et un vice de sécrétion de la muqueuse vulvaire. Les enfants sa sans cesse, et cela peut leur faire prendre l'habitude de l'onanisme.

Il faut baigner ces enfants tous les jours dans de l'eau de son ou de de noyer, et les laver plusieurs fois par jour, soit avec une décoction ou quatre têtes de pavot, soit avec du vin aromatique ou du vinaigre tique coupé avec de l'eau, soit avec une solution de 50 centigram sublimé dans 500 grammes d'eau, soit enfin avec une solution de grammes de borate de soude dans un litre de liquide.

M. Vanecdem dit avoir employé avec succès la pommade suivante tions sur les parties où siége la démangeaison :

Fleurs de soufre	8 grammes.
Carbonate de soude	4
Axonge	30
Chloroforme	4
Acétate de morphine	50 centigrammes.
Huile d'olive	q. s.

C'est un moyen que j'indique sans le juger, car je n'ai pas eu l'o de l'employer.

§ XV. — De la leucorrhée.

La leucorrhée est un flux muqueux plus ou moins abondant de la Maladie assez commune, elle est en rapport avec le tempérament lym que et scrofuleux ; elle se développe spontanément ou à la suite des m aiguës; ailleurs elle résulte de l'onanisme. Elle est souvent, dit-on, l séquence d'un eczéma de la vulve, mais c'est plutôt une inflammatio tarrhale diathésique de la muqueuse vulvaire.

Il faut suivre les enfants pour avoir une idée de l'abondance extr l'écoulement, qui tache en vert plusieurs chemises par jour, et qui rend l

roide que si l'on y avait mis de la colle. Les parties génitales sont rouges, ent excoriées, exhalent une odeur plus ou moins désagréable. Toute la interne des grandes lèvres, l'orifice du vagin, le méat urinaire et le pour- du clitoris sont enflammés, et sur la muqueuse rouge, chaude, doulou- e, existe une couche de mucus plus ou moins abondante sortant du vagin, les particules de mucus coucret. Jusqu'où remonte cette phlegmasie dans gin, dans l'utérus et sur le col, il est impossible de le dire et il n'y a pas echercher. C'est là une vulvite bien caractérisée. Elle est souvent liée à thèse scrofuleuse ou dartreuse, ce qui l'a fait considérer comme un a de la vulve ; mais personne n'a jamais vu cet eczéma, qui n'existe que a pensée du médecin.

a suite de la leucorrhée il se fait une érosion des lèvres et du haut des s, qu'il faut combattre par des lotions d'eau de son, de feuilles de noyer, limé (10 centigrammes pour 300 grammes d'cau), d'eau blanche, par ns simples, féculents et sulfureux.

intérieur ces enfants doivent prendre l'huile de morue, le sirop de quin- le sirop antiscorbutique, et le sirop d'arséniate de soude d'après ma le :

Sirop sucré	100 grammes.
Arséniate de soude	5 centigr.

ou deux cuillerées à bouche par jour.

peut aussi employer les lavements de coloquinte du docteur Claude. dministration du médicament a lieu de la façon suivante. Sur une e de coloquinte de volume ordinaire, on jette deux verres d'eau chaude laisse macérer vingt-quatre heures, en couvrant le vase. Le tiers de ce ratum bien exprimé est la dose pour un enfant de sept à huit ans. Après rand lavement simple rendu, le lavement coloquinté est administré. Le s pendant lequel l'enfant le conserve est très variable : d'un quart d'heure e heure ; l'effet est en raison de ce plus ou moins de temps. Dans la jour- même chaque enfant a eu de sept à trente selles, les dernières sanguino- s ; le lendemain, de quatre à dix ; de l'eau de gomme est donnée abon- ment en boisson. Si l'enfant demande à manger, on lui donne un peu de ge léger.

deuxième ou troisième jour, la santé est parfaite et l'appétit très excité. nquième ou sixième, on peut recommencer, et ainsi trois ou quatre fois. les enfants l'écoulement est singulièrement diminué dès la première ration ; ailleurs il est complétement supprimé après la seconde.

§ XVI. — Des polypes du vagin.

s polypes du vagin sont très rares chez les petites filles, mais ils se pré- nt quelquefois à l'observation du chirurgien. Ils doivent être tra ités pa

l'excision ou par la ligature. En voici un exemple présenté à la Société de chirurgie par M. Paul Guersant. La tumeur, presque entièrement formée d'éléments fibro-plastiques, a été enlevée chez une petite fille de trois mois. Cette enfant, née de parents bien portants, n'ayant eu aucune maladie antérieure, tomba malade le premier novembre 1853. C'est à cette occasion qu'les parents reconnaissent une tumeur à la vulve. Un médecin est appelé, fit la ligature de cette tumeur : elle avait le volume d'une aveline. La tumeur tombe quelques jours après. Elle répullule rapidement, et l'on fait une seconde ligature, puis on cautérise avec le nitrate acide de mercure. Nouvelle répullulation. On adresse à l'hôpital l'enfant déjà réduite à un grand état de langueur; elle ne mangeait pas, et cependant elle fut soumise à une troisième ligature par M. Guersant. La tumeur ne tombant pas au bout de quatre ou cinq jours, on en fit l'excision. Il ne survint aucune hémorrhagie, aucun symptôme grave, et pourtant l'enfant s'éteignit le soir, sans convulsion et sans se plaindre.

A l'autopsie, on reconnut dans le vagin une tumeur polypeuse principale, naissant de la surface de la muqueuse; on retrouve un très grand nombre de petits polypes naissant de la muqueuse, et l'on constate que le tissu sous-muqueux du vagin est épaissi, dégénéré, offrant l'aspect du tissu de la tumeur principale, de nature fibro-plastique.

§ XVII. — De la fluxion des mamelles et de la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés.

On observe quelquefois chez les nouveau-nés, garçons ou filles, un gonflement douloureux des mamelles qui dure quatre ou cinq jours, et qui permet d'exprimer du mamelon quelques gouttes de liquide incolore, visqueux et enfin du lait. Ce gonflement, qui peut atteindre le volume d'un œuf de pigeon, disparaît naturellement, et la petite glande semble être entièrement atrophiée. Il se manifeste d'une manière très évidente dans les cas d'hémorrhagie par la vulve. C'est une véritable fluxion de mamelle. Le docteur Camerer, Ollivier (d'Angers), et Barrier ont signalé ce phénomène d'une manière très précise, et j'ai rapporté l'une de ces observations à propos de l'hémorrhagie vulvaire

Ce phénomène, peu étudié jusqu'ici, a été l'objet de recherches intéressantes de la part de M. Natalis Guillot. En voici le résumé :

Chez les nouveau-nés des deux sexes, bien portants, forts et robustes, quelques jours après la naissance, à l'époque de la chute du cordon, du lait est sécrété par les mamelles pendant une dizaine de jours, puis le gonflement mammaire disparaît, et rien de semblable ne se reproduit plus qu'à l'époque de la puberté chez l'homme, et dans l'état puerpéral chez la femme.

Les nouveau-nés, chétifs, ou malades, ou nés de parents scrofuleux et syphilitiques, n'offrent ordinairement rien de semblable, et si le phénomène se produit chez eux, c'est d'une manière assez peu marquée.

Quand les enfants doivent avoir du lait, les mamelles gonflent, la peau rougit légèrement ; un liquide clair, opalin, jaunâtre, puis tout à fait blanc, sort du mamelon. Ce liquide est neutre ou alcalin, et présente au foyer du microscope des globules de colostrum et des globules de lait. Il est peu abondant. On en obtient quelques gouttes. Cependant M. Guillot a pu en retirer un centimètre cube par la traite des deux mamelles. — Le phénomène commence vers l'époque de la chute du cordon et disparaît au vingtième jour après la naissance.

De même que chez la femme la sécrétion lactée devient l'occasion d'engorgements aigus et d'abcès de la mamelle, de même aussi chez le nouveau-né le fait de cette sécrétion de lait peut devenir l'occasion de phlegmons mammaires et d'abcès du sein. M. Guillot a rapporté cinq observations de ce genre toutes très curieuses. — Trois des enfants ont succombé aux complications nées de ces abcès laiteux. Les deux autres ont guéri assez rapidement. Nous avons vu quatre cas de ce genre. Dans le premier l'abcès donna lieu à un décollement considérable du pectoral suivi de mort. Ailleurs, sur le second, au quinzième jour, pendant la sécrétion lactée, la mamelle tuméfiée devint douloureuse et la peau rougit. La fluctuation se montra peu après, et il fallut ouvrir l'abcès avec une lancette. Du pus mêlé de sang et de lait sortit par l'incision, et un pansement simple aidé de cataplasmes amena la guérison. Dans les deux autres cas il y eut abcès ouvert à temps et la guérison eut lieu.

M. Guillot a du reste fort complétement indiqué tout ce qui est relatif à ces accidents, et il n'a laissé aux autres observateurs que le loisir de vérifier l'exactitude de ses observations.

Quelle est la cause de ce singulier phénomène ? On ne peut faire que des hypothèses à cet égard. Est-ce sympathie entre la mère et l'enfant dont les glandes mammaires gonflent au même instant ? ou bien est-ce le résultat d'une diathèse commune à l'une et à l'autre, *diathèse puerpérale* ou *casémie* qui engendre des deux côtés la nécessité d'éliminer du caséum ? Il serait téméraire de le dire. Cependant, comme on sait que le nouveau-né par ses péritonites, sa phlébite ombilicale et son ictère, quelquefois ses abcès multiples, ses érysipèles, offre un état comparable à la fièvre puerpérale, il est évident qu'il a une diathèse semblable à celle de sa mère, et le rapprochement n'est pas impossible. Or, la diathèse puerpérale chez la mère étant, je crois, due à un excès de caséum dans le sang, il n'est pas impossible que le fœtus, dont le sang se rapproche beaucoup du sang maternel, malgré l'absence de communications directes, n'ait également une *casémie* qui le dispose aux affections puerpérales. A ce titre, il aurait comme la mère l'engorgement mammaire que je viens de décrire.

LIVRE XV.

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Les fièvres éruptives se montrent moins souvent chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle que dans la seconde enfance ; en revanche, elles sont ordinairement plus graves à cette première période de la vie, car elles présentent alors dans leur invasion et dans leur marche de nombreuses irrégularités qu'elles n'offrent plus à un âge plus avancé.

Ce sont des maladies spécifiques qui ont pour cause nécessaire et absolue un agent spécifique fixe ou volatil nommé *virus*. Elles résultent toutes de l'impression exercée dans l'organisme par cet agent qui court avec le fluide sanguin et qui s'échappe à la surface de la peau dans les liquides émanés du sang.

Les fièvres éruptives de la première enfance sont la variole et les éruptions varioliques modifiées, varioloïde ou varicelle, la rougeole et la scarlatine. Leurs trois virus générateurs sont les virus variolique, morbilleux et scarlatineux.

La variole et la scarlatine sont rares dans les premières années de la vie, et si leurs caractères anatomiques sont les mêmes que chez l'adulte, leurs symptômes, quoique à peu de chose près semblables, présentent quelques différences qu'il est bon de connaître. Nous allons donc les décrire, puis nous parlerons des éruptions varioliques modifiées, que l'on connaît aussi sous le nom de petites véroles volantes, et qui donnent souvent lieu chez les enfants à des méprises qu'il faut savoir éviter. Je décrirai ensuite la rougeole, la plus importante des fièvres éruptives chez les enfants, tant par les accidents qui l'accompagnent que par ceux qui la suivent.

Toutefois, avant d'aborder ces descriptions, je dois m'occuper un instant de la vaccine, opération que tous les médecins doivent bien connaître, d'abord pour la pratiquer en temps opportun, et ensuite pour savoir quels sont les accidents dont elle peut être l'origine.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA VACCINE.

On donne le nom de *vaccine* à l'inoculation chez l'homme de l'humeur contenue dans les pustules développées sur le pis des vaches, et désignées sous le nom de *cow-pox*, ou *picote des vaches*. Cette inoculation produit une éruption de pustules semblables dont le développement préserve presque constamment de la petite vérole, et diminue toujours l'action de son contagium lorsqu'il n'y soustrait pas complétement les individus.

is indiquer : 1° l'époque à laquelle il convient de vacciner ; 2° la ma-
e pratiquer l'opération de la vaccine ; 3° les résultats de cette opéra-
t 4° enfin, les accidents dont elle peut être l'origine, et auxquels on a
e nom d'éruptions vaccinales secondaires.

Époque à laquelle il convient de vacciner les enfants. — Comme la
est très rare dans les deux premiers mois de la vie, il n'y a pas d'in-
ient à attendre le deuxième et troisième mois pour vacciner les enfants.
autre part, il y a danger à les vacciner trop tôt, et chez les nouveau-
rticulièrement l'opération peut être suivie d'accidents mortels. Une
sion de l'assistance publique dont j'ai fait partie a été chargée d'étu-
question, et d'après un grand nombre de faits elle a conclu qu'il y
réels inconvénients à vacciner trop tôt les enfants, que cela pouvait
point de départ de phlegmons du bras, d'adénites axillaires, de résorp-
rulente mortels, surtout dans les hôpitaux et au moment où règne une
ie de fièvre puerpérale.

on vaccine, au premier ou au second jour, il faut, ainsi que l'a indiqué
roux, ne faire qu'une seule piqûre à chaque bras. De cette manière
tous les accidents que font naître trois ou quatre piqûres.

'inoculation du cow-pox ou du vaccin, c'est-à-dire l'opération de la
, se pratique au moyen des frictions, des vésicatoires, des incisions ou
ûres.

Morlanne, professeur d'accouchements à Metz, a réussi à vacciner en
t du vaccin sur le bras des enfants et en frottant la place avec un mor-
'ivoire en forme de spatule. Ce massage aide à l'absorption, sans qu'il
soin de plaie ou d'écorchure. Au point de vue physiologique, cette
nce est fort curieuse et prouve bien que l'absorption cutanée peut
aplir en dehors de toute blessure des vaisseaux superficiels, ce qui a
systématiquement par quelques personnes intéressées, et notamment
Ricord, à propos de la syphilis.

rocédé de vaccination par les piqûres est le plus généralement adopté ;
rès efficace dans ses résultats, et c'est un des moins douloureux dans
ation.

prend une lancette ordinaire, une lancette spéciale consacrée à cet
u une aiguille chargée sur la pointe d'une goutte de fluide vaccin, et,
voir d'une main tendu la peau du bras au niveau de l'insertion du
deltoïde, on fait avec l'autre deux ou trois inoculations. Chez les nou-
és il faut ne faire qu'une piqûre à chaque bras pour éviter l'inflamma-
p forte de la peau et les accidents qui peuvent en être la conséquence.
cette ou l'aiguille doit être introduite horizontalement et légèrement, de
e à n'entamer que les couches superficielles de la peau, et on l'enfonce
ce qu'il suinte un peu de sang. L'opérateur applique alors le pouce de
qui fixe le bras sur la piqûre, de manière à essuyer l'instrument dans
rieur.

L'opération doit être pratiquée sur les deux bras, et les piqûres doivent être éloignées d'un centimètre environ. On doit bien prendre garde à ne pas vacciner sur l'épaule, chez les filles, pour ne pas laisser de cicatrices disgréables sur un endroit que les usages de toilette permettent aux femmes de découvrir lorsqu'elles vont dans le monde.

La vaccination doit être autant que possible pratiquée de bras à bras, c'est-à-dire en prenant le virus vaccin sur un autre enfant bien portant et de bonne race, qui présente des pustules vaccinales bien développées au cinquième ou septième jour de l'inoculation. Toutefois cette circonstance n'est pas absolument nécessaire. On peut se servir du vaccin conservé à l'abri de la lumière et de l'air, entre deux plaques de verre ou dans des tubes de verre cylindriques capillaires, longs de plusieurs centimètres; inventés par M. Bretonneau.

Lorsque l'on recueille du vaccin, il faut le prendre sur des pustules du cinquième ou du septième jour. On le met entre deux plaques de verre que l'on applique l'une sur l'autre, et que l'on recouvre d'une feuille de plomb. Il se dessèche et se conserve pendant plusieurs mois. Au moment de s'en servir, on le délaye dans une demi-goutte d'eau froide, jusqu'à ce qu'il ait acquis une consistance oléagineuse, et l'on pratique l'opération comme il a été dit plus haut.

Si l'on met en usage les tubes de verre pour recueillir le vaccin, voici comment il faut s'y prendre : Le tube capillaire doit être ouvert par les deux extrémités. On l'applique sur la pustule déchirée superficiellement par la lancette et surmontée d'une goutte de vaccin. Ce fluide monte naturellement par capillarité dans le tube, que l'on ferme à la bougie dès qu'il est plein. On le conserve ensuite à l'abri de la chaleur. De cette manière, le vaccin ne peut subir aucune altération. Veut-on s'en servir, on casse les deux extrémités du tube et l'on souffle par un bout, sur une cuiller ou sur un corps lisse et poli, le fluide contenu dans son intérieur. On l'utilise ensuite pour l'opération qu'il faut pratiquer.

Il n'y a aucun inconvénient pour les enfants à recueillir de leur vaccin ; on peut en prendre impunément, sans crainte de nuire aux propriétés préservatives de la vaccination. L'ouverture des pustules vaccinales n'est point douloureuse et n'augmente en rien l'inflammation du bras qui succède à la vaccine.

Il faut recueillir ce fluide chez des enfants bien portants, et dont les pustules sont arrivées au cinquième ou au septième jour de leur développement.

On a pensé qu'il était nécessaire de soumettre à un traitement préparatif les personnes que l'on doit vacciner; cela n'est pas indispensable, et si l'on peut le faire pour les adultes, c'est inutile pour les jeunes enfants. Ce traitement consiste dans la diète et dans l'usage de légers purgatifs répétés plusieurs jours de suite.

3° *Développement de la vaccine.*—Trois ou quatre jours après l'inoculation

in, paraissent, à l'endroit des piqûres, de petites saillies rougeâtres au, qui s'accroissent assez rapidement. Au cinquième jour, chacune levures devient circulaire et paraît ombiliquée ; au sixième jour, elle aplatie et blanchâtre ; elle a la forme d'un petit disque de 4 ou 5 mil- de diamètre, déprimé à son centre et entouré d'une petite auréole re. Au septième jour, les pustules augmentent de volume, s'aplatissent, t un aspect argenté ; une petite auréole les entoure. Le huitième couleur change un peu ; les pustules, toujours aplaties, sont un peu flées et prennent une couleur plus foncée ; elles sont entourées d'une inflammatoire assez étendue, qui augmente encore pendant les trois ivants. Au dixième jour, les pustules sont très larges et ont 7 ou ètres de diamètre ; elles sont très gonflées, déprimées à leur centre hent, par leur couleur pâle, sur la rougeur inflammatoire des tégu- leur surface paraît granulée et légèrement pointillée, et l'on distingue ape une grande quantité de petites vésicules remplies d'un fluide ent. Le virus vaccin est renfermé dans la pustule dans une pseudo- ne celluleuse, à peu près de la même manière que l'humeur vitrée du l'œil est renfermée dans la membrane celluleuse qui la soutient.

ouzième jour, la période de dessiccation commence ; la dépression prend l'apparence d'une croûte ; l'humeur contenue dans le disque i parlé se trouble et devient opaline ; l'auréole inflammatoire pâlit et le vaccinale commence à s'affaisser. Ce travail continue les jours sui-

stule, jusqu'alors celluleuse, ne forme plus qu'une seule cavité (1) ; lessèche enfin, et forme une croûte dure, d'un jaune noirâtre, qui per- qu'au quinzième ou vingtième jour. Pendant ce temps, la rougeur atoire de la peau s'efface et disparaît, et lorsque la croûte est tombée, une cicatrice profonde, gaufrée qui est ineffaçable.

que les pustules vaccinales sont en pleine activité et que l'inflammation entoure est assez considérable, on observe chez les enfants des ma- le l'agitation et une fièvre plus ou moins vive qui n'a rien d'inquiétant. est le siége d'une douleur aiguë ; les ganglions de l'aisselle s'engor- ais ces symptômes ne tardent pas à se dissiper avec la cause qui les a s.

arche de la vaccine n'est pas toujours telle que je viens de l'indiquer. es enfants chez lesquels les pustules s'éteignent presque aussitôt après arition sans qu'elles soient complétement développées. Il en est d'au- z lesquels l'inoculation ne donne lieu à la naissance d'aucune pustule raît pas avoir réussi ; il faut alors revacciner jusqu'à ce que l'on ait des pustules vaccinales d'une nature satisfaisante. Cependant on ren- les enfants qui sont réfractaires à cette inoculation, et d'autres qui,

yer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. I, p. 607.

it pas d'angioleucite ni d'engorgement des ganglions axillaires. Au milieu une forte fièvre, il survint de l'ictère, puis les phénomènes méconnus d'une eurésie avec épanchement, des convulsions, et il succomba. A l'autopsie, on trouva rien au cerveau ni dans le foie, et l'on vit seulement un abcès du umon droit avec une pleurésie diaphragmatique secondaire avec épanche-ent dans le côté gauche. On peut se demander si c'est bien là une pleurésie mple, ou si ce ne serait pas au contraire un fait de résorption purulente, ite de vaccine, avec ictère, abcès métastatiques du poumon, et enfin, pleu-ésie diaphragmatique consécutive. J'adopterais volontiers cette dernière pinion.

Les propriétés préservatives de la vaccine contre la variole ne sont pas dou-uses. Elles étaient beaucoup plus manifestes autrefois que de nos jours, où semble que le virus vaccin soit affaibli et quelquefois impuissant pour pré-erver de cette maladie. On voit, en effet, dans des circonstances fort rares, égard au nombre des vaccinés, la variole se développer chez des sujets qui été soumis à la vaccination.

Toutefois, quelle que soit la valeur de la vaccine, on ne peut contester elle rende encore de très grands services à l'humanité. Il faut bien admettre elle est moins efficace qu'aux premiers moments de son apparition; et cela onçoit sans peine, car on sait que tous les virus s'affaiblissent à mesure l'on inocule et que l'on fait de nouvelles générations virulentes; mais, tel est, ce moyen est encore excellent.

n peut, en renouvelant le virus vaccin, lui donner toutes les propriétés ables; aussi les médecins ont-ils, à plusieurs reprises, trouvé de nouveau oux pour régénérer la vaccine. Par conséquent, ce moyen préservatif end toute son importance.

Pour ceux qui ne pourraient se procurer de ce vaccin nouveau, ils peuvent bien le remplacer en revaccinant au bout de quinze à vingt ans avec le vaccin. Si la vaccination réussit, c'est que l'on était apte à contracter la ole; si au contraire elle ne réussit pas, c'est que la première vaccination rien perdu de ses propriétés.

u reste, le nouveau vaccin sera rapidement répandu dans la France, e au zèle du Comité de vaccine de Paris, qui répond à toutes les demandes médecins les plus éloignés, et qui envoie, lorsqu'on lui en réclame, du cin qui a toutes les qualités préservatives désirables.

Des éruptions vaccinales secondaires.

On a vu quelquefois des pustules vaccinales se développer sur des points du ps où l'inoculation n'avait point été pratiquée. C'est presque toujours, dit Rayer, sur des surfaces enflammées et privées d'épiderme, sur des eczémas roniques, des lichens excoriés, etc., que ces pustules secondaires se déve-pent. Elles sont quelquefois produites par une inoculation accidentelle et

Altérations anatomiques.

rsque la cause spécifique de la variole a déterminé la réaction organique vorise le développement de cette fièvre éruptive, des *papules* rouges peu ntes, plus ou moins nombreuses, apparaissent à la surface de la peau; rougeur disparaît sous la pression du doigt et reprend son éclat sitôt que ssion a cessé; l'épiderme se ramollit en ce point dans sa couche profonde, et ainsi l'épanchement d'une très petite quantité de sérosité transparente aline, d'après M. Petzholt (de Leipzig), et il en résulte de petites *vési- blanchâtres*. Bientôt la vésicule augmente et se déprime au centre, de re à former une sorte d'ombilic. Cette dépression centrale est rapportée M. Rayer à la formation d'un petit dépôt de fibrine en forme de disque é au centre, et par M. Petzholt à la présence d'un conduit glandulaire ous forme d'un filament épidermique, tient d'une part, à l'épiderme, et tre à la surface de la peau.

quatrième ou cinquième jour, la vésicule augmente et se change en e saillante ombiliquée, blanche vers le centre, rouge à la circonférence; rine, sous forme de disque pseudo-membraneux perforé, s'arrange à ieur, et le corps papillaire devient le siége d'une érosion plus ou moins ée.

pustule est d'abord remplie de sérosité opaline qui augmente et se con- bientôt en pus; celui-ci fuse autour du disque pseudo-membraneux, e l'épiderme qu'il soulève en faisant disparaître la dépression centrale. stule se présente alors sous la forme d'une grosse vésicule blanchâtre, à la circonférence. Elle se déchire bientôt, verse au dehors le pus qu'elle me, se couvre d'abord de croûtes jaunâtres, molles et transparentes, croûtes mélicériques, puis de croûtes noirâtres plus denses qui tombent t de vingt-cinq ou trente jours, laissant après elles, pour deux mois, ches rouges sur le corps, et des excavations rougeâtres sur le visage.

s pustules semblables se montrent sur la voûte palatine et sur la surface angue, mais elles n'acquièrent jamais beaucoup de volume et ne se cou- jamais de croûtes.

en est de même des pustules cutanées qui se développent sur l'enfant e sein de la mère, c'est-à-dire sur le fœtus baigné dans les eaux de l'am- Alors les pustules sont toujours peu nombreuses, blanchâtres, aplaties guérissent sans faire de croûtes, à cause de la lubrifaction des parties es.

muqueuse des fosses nasales est ordinairement gonflée, rouge, ramollie, uefois ulcérée.

muqueuse intestinale offre quelques traces d'inflammation, à en juger hypérémie dont elle est le siége en plusieurs points, et quelquefois par veloppement apparent de plusieurs plaques de Peyer.

e vais indiquer : 1° l'époque à laquelle il convient de vacciner ; 2° la ma-
re de pratiquer l'opération de la vaccine ; 3° les résultats de cette opéra-
; et 4° enfin, les accidents dont elle peut être l'origine, et auxquels on a
né le nom d'éruptions vaccinales secondaires.

° *Époque à laquelle il convient de vacciner les enfants.* — Comme la
ole est très rare dans les deux premiers mois de la vie, il n'y a pas d'in-
vénient à attendre le deuxième et troisième mois pour vacciner les enfants.
ne autre part, il y a danger à les vacciner trop tôt, et chez les nouveau-
particulièrement l'opération peut être suivie d'accidents mortels. Une
mission de l'assistance publique dont j'ai fait partie a été chargée d'étu-
la question, et d'après un grand nombre de faits elle a conclu qu'il y
t de réels inconvénients à vacciner trop tôt les enfants, que cela pouvait
le point de départ de phlegmons du bras, d'adénites axillaires, de résorp-
purulente mortels, surtout dans les hôpitaux et au moment où règne une
émie de fièvre puerpérale.

i l'on vaccine, au premier ou au second jour, il faut, ainsi que l'a indiqué
Legroux, ne faire qu'une seule piqûre à chaque bras. De cette manière
vite tous les accidents que font naître trois ou quatre piqûres.

° L'inoculation du cow-pox ou du vaccin, c'est-à-dire l'opération de la
ine, se pratique au moyen des frictions, des vésicatoires, des incisions ou
piqûres.

. Morlanne, professeur d'accouchements à Metz, a réussi à vacciner en
tant du vaccin sur le bras des enfants et en frottant la place avec un mor-
d'ivoire en forme de spatule. Ce massage aide à l'absorption, sans qu'il
besoin de plaie ou d'écorchure. Au point de vue physiologique, cette
érience est fort curieuse et prouve bien que l'absorption cutanée peut
complir en dehors de toute blessure des vaisseaux superficiels, ce qui a
nié systématiquement par quelques personnes intéressées, et notamment
M. Ricord, à propos de la syphilis.

e procédé de vaccination par les piqûres est le plus généralement adopté ;
st très efficace dans ses résultats, et c'est un des moins douloureux dans
plication.

n prend une lancette ordinaire, une lancette spéciale consacrée à cet
ge ou une aiguille chargée sur la pointe d'une goutte de fluide vaccin, et,
s avoir d'une main tendu la peau du bras au niveau de l'insertion du
cle deltoïde, on fait avec l'autre deux ou trois inoculations. Chez les nou-
-nés il faut ne faire qu'une piqûre à chaque bras pour éviter l'inflamma-
trop forte de la peau et les accidents qui peuvent en être la conséquence.
cette ou l'aiguille doit être introduite horizontalement et légèrement, de
re à n'entamer que les couches superficielles de la peau, et on l'enfonce
à ce qu'il suinte un peu de sang. L'opérateur applique alors le pouce de
n qui fixe le bras sur la piqûre, de manière à essuyer l'instrument dans
intérieur.

in, paraissent, à l'endroit des piqûres, de petites saillies rougeâtres au, qui s'accroissent assez rapidement. Au cinquième jour, chacune levures devient circulaire et paraît ombiliquée ; au sixième jour, elle aplatie et blanchâtre ; elle a la forme d'un petit disque de 4 ou 5 mil- s de diamètre, déprimé à son centre et entouré d'une petite auréole re. Au septième jour, les pustules augmentent de volume, s'aplatissent, nt un aspect argenté ; une petite auréole les entoure. Le huitième couleur change un peu ; les pustules, toujours aplaties, sont un peu nflées et prennent une couleur plus foncée ; elles sont entourées d'une inflammatoire assez étendue, qui augmente encore pendant les trois nivants. Au dixième jour, les pustules sont très larges et ont 7 ou nètres de diamètre ; elles sont très gonflées, déprimées à leur centre chent, par leur couleur pâle, sur la rougeur inflammatoire des tégu- leur surface paraît granulée et légèrement pointillée, et l'on distingue upe une grande quantité de petites vésicules remplies d'un fluide rent. Le virus vaccin est renfermé dans la pustule dans une pseudo- ane celluleuse, à peu près de la même manière que l'humeur vitrée du e l'œil est renfermée dans la membrane celluleuse qui la soutient.

louzième jour, la période de dessiccation commence ; la dépression prend l'apparence d'une croûte ; l'humeur contenue dans le disque ni parlé se trouble et devient opaline ; l'auréole inflammatoire pâlit et ule vaccinale commence à s'affaisser. Ce travail continue les jours sui-

ustule, jusqu'alors celluleuse, ne forme plus qu'une seule cavité (1) ; dessèche enfin, et forme une croûte dure, d'un jaune noirâtre, qui per- squ'au quinzième ou vingtième jour. Pendant ce temps, la rougeur natoire de la peau s'efface et disparaît, et lorsque la croûte est tombée, une cicatrice profonde, gaufrée qui est ineffaçable.

que les pustules vaccinales sont en pleine activité et que l'inflammation entoure est assez considérable, on observe chez les enfants des ma- de l'agitation et une fièvre plus ou moins vive qui n'a rien d'inquiétant. est le siége d'une douleur aiguë ; les ganglions de l'aisselle s'engor- nais ces symptômes ne tardent pas à se dissiper avec la cause qui les a s.

marche de la vaccine n'est pas toujours telle que je viens de l'indiquer. es enfants chez lesquels les pustules s'éteignent presque aussitôt après parition sans qu'elles soient complétement développées. Il en est d'au- z lesquels l'inoculation ne donne lieu à la naissance d'aucune pustule raît pas avoir réussi ; il faut alors revacciner jusqu'à ce que l'on ait des pustules vaccinales d'une nature satisfaisante. Cependant on ren- les enfants qui sont réfractaires à cette inoculation, et d'autres qui,

ayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. I, p. 607.

ayant été inoculés, sont, au bout de quelques jours, pris d'une fièvre légère de peu de durée, sans développement de vaccine : c'est ce que l'on a appelé *vaccina sine vaccinis*. Ces exemples sont fort rares.

b° Accidents de la vaccine.—La vaccine n'est pas une maladie ; en général elle ne détermine pas d'accidents autres que ceux dont nous avons parlé, c'est-à-dire l'inflammation légère du bras, le gonflement des ganglions de l'aisselle et la fièvre. Il n'y a pas à s'occuper de ces accidents ; il faut tenir les enfants à la chaleur, modérer la quantité de leur alimentation et leur faire prendre quelques bains. Si l'inflammation du bras était très intense, il faudrait prescrire des lotions émollientes ou des cataplasmes, qui suffiraient à calmer la douleur et la tension inflammatoire de la peau.

Fig. 30. — *a*. Piqûre de vaccine jusqu'au troisième jour.

b. Bouton de vaccine au septième jour, déprimé au centre, entouré d'un petit bourrelet blanchâtre opaque.

c. Bouton de vaccine au huitième jour ; le bourrelet augmente et entoure d'une petite auréole inflammatoire.

d. Bouton au neuvième jour, à son maximum de développement, le centre se recouvre d'une petite croûte noirâtre.

e. Bouton au onzième jour ; il est dur, aplati, découvert de liquide.

f. Bouton au douzième jour, couvert d'une croûte qui gagne l'épiderme.

g, *h*. Plaques de verre pour conserver le vaccin.

i, *j*. Tubes capillaires et en boule pour conserver le vaccin à l'abri du contact de l'air.

On a vu quelquefois la vaccine être l'occasion d'adénites axillaires, d'abcès de l'aisselle, d'érysipèles graves et mortels. Cela est assez commun dans les temps où règne une épidémie de fièvre puerpérale. Rarement elle est suivie d'infection purulente, cependant je vais en rapporter un exemple observé par mon collègue M. Hipp. Bourdon, et dont j'ai déjà parlé dans mon chapitre sur la pleurésie. C'était un enfant de deux mois, vacciné par huit piqûres suivies de huit pustules entourées d'une excessive inflammation. Il n'y

eut pas d'angioleucite ni d'engorgement des ganglions axillaires. Au milieu d'une forte fièvre, il survint de l'ictère, puis les phénomènes méconnus d'une pleurésie avec épanchement, des convulsions, et il succomba. A l'autopsie, on ne trouva rien au cerveau ni dans le foie, et l'on vit seulement un abcès du poumon droit avec une pleurésie diaphragmatique secondaire avec épanchement dans le côté gauche. On peut se demander si c'est bien là une pleurésie simple, ou si ce ne serait pas au contraire un fait de résorption purulente, suite de vaccine, avec ictère, abcès métastatiques du poumon, et enfin, pleurésie diaphragmatique consécutive. J'adopterais volontiers cette dernière opinion.

Les propriétés préservatives de la vaccine contre la variole ne sont pas douteuses. Elles étaient beaucoup plus manifestes autrefois que de nos jours, où il semble que le virus vaccin soit affaibli et quelquefois impuissant pour préserver de cette maladie. On voit, en effet, dans des circonstances fort rares, eu égard au nombre des vaccinés, la variole se développer chez des sujets qui ont été soumis à la vaccination.

Toutefois, quelle que soit la valeur de la vaccine, on ne peut contester qu'elle rende encore de très grands services à l'humanité. Il faut bien admettre qu'elle est moins efficace qu'aux premiers moments de son apparition ; et cela se conçoit sans peine, car on sait que tous les virus s'affaiblissent à mesure que l'on inocule et que l'on fait de nouvelles générations virulentes ; mais, tel qu'il est, ce moyen est encore excellent.

On peut, en renouvelant le virus vaccin, lui donner toutes les propriétés désirables ; aussi les médecins ont-ils, à plusieurs reprises, trouvé de nouveau cow-pox pour régénérer la vaccine. Par conséquent, ce moyen préservatif reprend toute son importance.

Pour ceux qui ne pourraient se procurer de ce vaccin nouveau, ils peuvent très bien le remplacer en revaccinant au bout de quinze à vingt ans avec le vieux vaccin. Si la vaccination réussit, c'est que l'on était apte à contracter la variole ; si au contraire elle ne réussit pas, c'est que la première vaccination n'a rien perdu de ses propriétés.

Au reste, le nouveau vaccin sera rapidement répandu dans la France, grâce au zèle du Comité de vaccine de Paris, qui répond à toutes les demandes des médecins les plus éloignés, et qui envoie, lorsqu'on lui en réclame, du vaccin qui a toutes les qualités préservatives désirables.

Des éruptions vaccinales secondaires.

On a vu quelquefois des pustules vaccinales se développer sur des points du corps où l'inoculation n'avait point été pratiquée. C'est presque toujours, dit M. Rayer, sur des surfaces enflammées et privées d'épiderme, sur des eczémas chroniques, des lichens excoriés, etc., que ces pustules secondaires se développent. Elles sont quelquefois produites par une inoculation accidentelle et

acciné s'est faite avec ses doigts, après avoir gratté les pu-
e la constitution n'a été qu'incomplétement modifiée par la pu-
pion. Plus souvent les pustules surnuméraires sont le résultat d'un
secondaire, analogue à celle qu'on observe si fréquemment dans la
noculée.

s éruptions vaccinales secondaires sont en général de nature érythém-
. Ainsi, le bras vacciné devient le point de départ d'un érysipèle, qui
grave, qui se promène sur tout le corps et qui fait périr les enfants
ont très jeunes. La roséole vient très fréquemment couvrir le corps au
ment où l'auréole inflammatoire de la vaccine est à son plus haut degré
e éruption n'est pas grave, elle peut momentanément troubler un peu la
é des enfants en leur donnant une fièvre intense ; mais elle dure peu de
ps et se dissipe sans laisser de traces.

e traitement de ces éruptions secondaires est fort simple. Lorsqu'il s'agit
n érysipèle, il faut mettre en usage les moyens dont nous avons parlé dans
un bitre consacré à cette maladie. Quant à la roséole, il convient de la
archer en donnant au malade des boissons émollientes ou diaphoré-
t en le mettant dans un endroit bien échauffé, à l'abri de l'influence
du vent et de l'humidité.

CHAPITRE II.

DE LA VARIOLE.

La variole est une fièvre éruptive, contagieuse, épidémique, caractérisée par l'apparition de pustules ombiliquées à la surface de la peau.

Elle est le résultat de l'infection du corps par un virus fixe ou volatil, insaisissable, qui se propage directement d'un individu à un autre ou indirectement par l'intermédiaire de l'air et de certains corps étrangers, tels que des croûtes de pus, des linges, des vêtements, etc. C'est ce qu'on appelle le virus *variolique*. Il n'agit pas également sur tous les sujets : les uns résistent à son action, les autres la subissent au delà de tout ce qu'on pourrait prévoir. Il y a ici, comme pour toutes les maladies, une sorte d'aptitude bien évidente à contracter cette affection, aptitude qui dépend de l'autocratie individuelle et qu'on peut neutraliser ou détruire à l'aide de la *vaccine*. L'aptitude à contracter la variole est plus grande pour le fœtus dans le sein de sa mère, que pour le nouveau-né. Elle diminue après la naissance et redevient très marquée vers l'âge de cinq ou six ans. Elle disparaît de nouveau chez le vieillard, qui est bien rarement affecté de variole. Enfin, elle est la même dans les deux sexes et pour toutes les races humaines.

La variole est *contagieuse*, *épidémique*, et souvent *congénitale*.

La variole est *régulière* ou *irrégulière*, *discrète* ou *confluente*, *bénigne* ou *maligne*.

Altérations anatomiques.

Lorsque la cause spécifique de la variole a déterminé la réaction organique qui favorise le développement de cette fièvre éruptive, des *papules* rouges peu saillantes, plus ou moins nombreuses, apparaissent à la surface de la peau; leur rougeur disparaît sous la pression du doigt et reprend son éclat sitôt que la pression a cessé; l'épiderme se ramollit en ce point dans sa couche profonde, permet ainsi l'épanchement d'une très petite quantité de sérosité transparente et alcaline, d'après M. Petzholt (de Leipzig), et il en résulte de petites *vésicules blanchâtres*. Bientôt la vésicule augmente et se déprime au centre, de manière à former une sorte d'ombilic. Cette dépression centrale est rapportée par M. Rayer à la formation d'un petit dépôt de fibrine en forme de disque perforé au centre, et par M. Petzholt à la présence d'un conduit glandulaire qui, sous forme d'un filament épidermique, tient d'une part, à l'épiderme, et de l'autre à la surface de la peau.

Au quatrième ou cinquième jour, la vésicule augmente et se change en pustule saillante ombiliquée, blanche vers le centre, rouge à la circonférence; la fibrine, sous forme de disque pseudo-membraneux perforé, s'arrange à l'intérieur, et le corps papillaire devient le siége d'une érosion plus ou moins marquée.

La pustule est d'abord remplie de sérosité opaline qui augmente et se convertit bientôt en pus; celui-ci fuse autour du disque pseudo-membraneux, détache l'épiderme qu'il soulève en faisant disparaître la dépression centrale. La pustule se présente alors sous la forme d'une grosse vésicule blanchâtre, rouge à la circonférence. Elle se déchire bientôt, verse au dehors le pus qu'elle renferme, se couvre d'abord de croûtes jaunâtres, molles et transparentes, dites croûtes mélicériques, puis de croûtes noirâtres plus denses qui tombent au bout de vingt-cinq ou trente jours, laissant après elles, pour deux mois, des taches rouges sur le corps, et des excavations rougeâtres sur le visage.

Des pustules semblables se montrent sur la voûte palatine et sur la surface de la langue, mais elles n'acquièrent jamais beaucoup de volume et ne se couvrent jamais de croûtes.

Il en est de même des pustules cutanées qui se développent sur l'enfant dans le sein de la mère, c'est-à-dire sur le fœtus baigné dans les eaux de l'amnios. Alors les pustules sont toujours peu nombreuses, blanchâtres, aplaties et se guérissent sans faire de croûtes, à cause de la lubrifaction des parties malades.

La muqueuse des fosses nasales est ordinairement gonflée, rouge, ramollie, quelquefois ulcérée.

La muqueuse intestinale offre quelques traces d'inflammation, à en juger par l'hypérémie dont elle est le siége en plusieurs points, et quelquefois par le développement apparent de plusieurs plaques de Peyer.

Symptômes.

La variole des jeunes enfants doit être étudiée chez le fœtus, comme variole *congénitale*, et chez les enfants à la mamelle, dans la forme *régulière* ou *irrégulière*, *discrète* ou *confluente*.

La variole congénitale, dont j'ai observé huit exemples, se montre à divers époques de la grossesse. Je ne l'ai jamais vue avant le troisième mois. Elle est toujours discrète. Elle se développe chez des fœtus dont la mère a eu ou n'a pas la variole : dans le premier cas, rien n'est plus naturel, la mère a transmis le mal dont elle se trouve atteinte. Mais cependant il ne faut pas croire que toute femme grosse, affectée de variole, donne nécessairement la variole à son enfant ; car M. Serres a observé vingt-deux enfants non varioleux, nés de femmes ayant eu ou ayant la variole. Dans le second cas, le fait est plus extraordinaire, et si M. Rayer, M. Chaigneau et moi n'avions pas vu naître variolés des enfants dont la mère était exempte de l'affection, il nous serait difficile d'y croire. Alors la mère, vaccinée, est inapte à subir l'impression du virus variolique : elle résiste à son influence et sert seulement de moyen de communication entre le virus et l'enfant. M. Deneux en a cité un exemple que j'ai déjà rapporté (1).

Quand la variole se développe à la fois chez la mère et chez le fœtus, l'apparition des pustules se fait quelquefois au même instant ; ailleurs, au contraire, d'après les observations de M. Chaigneau, l'éruption est plus tardive et ne se montre que longtemps après la fin de l'éruption chez la mère.

On ignore quels sont les phénomènes d'invasion de la variole congénitale. On sait seulement que les pustules, toujours peu nombreuses, aplaties, blanchâtres, suppurent peu, et guérissent sans former de croûtes, baignées comme elles le sont par les eaux de l'amnios. Elles ressemblent aux pustules variolique de la muqueuse buccale chez l'adulte, avec cette différence qu'elles sont presque toujours plus larges.

On dit que dans des cas de grossesse double, un seul fœtus s'est trouvé pris de variole, l'autre n'ayant pas eu la maladie. Le fait est possible, mais je n'en connais pas l'auteur, et il est bon de ne l'accepter qu'avec une certaine réserve.

Après la naissance, la variole ne se montre guère dans le courant de la première année ; j'en ai cependant vu plusieurs exemples, chez des enfants d'un, deux et huit mois ; elle apparaît surtout à partir du treizième mois, principalement en cas d'épidémie.

La germination de la maladie est variable, et je n'ai pu la déterminer. Dans la seconde enfance, elle est de six à quatorze jours. La variole débute par la fièvre, des malaises, de l'agitation nocturne, quelquefois des vomissements et des convulsions. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et même

(1) *Mémoire sur les maladies contagieuses* (*Gazette médicale de Paris*, 1848, p. 105 et suiv.).

ıge, des papules roses apparaissent au visage, au cou et à la surface du elles se transforment bientôt en vésicules blanchâtres, et la fièvre tombe e complétement : c'est la *fièvre primaire ;* puis les vésicules se changent ıules opalines, ombiliquées, et la suppuration vient les distendre et les vers le sixième ou septième jour. Alors la fièvre reparaît et devient e : c'est la *fièvre secondaire* occasionnée par la suppuration. Les en- t soif, et beaucoup de peine à boire en raison de pustules développées pharynx ; ils toussent et semblent gênés dans leur respiration ; des ts et humides obscurcissent le bruit respiratoire ; le visage et les mains fient ; les conjonctives sont injectées ; le bord des cils, souvent le siége ı les varioliques, est couvert de pus, et la cornée elle-même s'ulcère elques enfants. Puis, si les accidents ne sont pas trop graves, ces pus- dessèchent, des croûtes se forment à la surface ; elles tombent au n temps variable, et l'enfant est guéri.

variole est *discrète*, c'est-à-dire si les pustules ne sont pas trop nom- les accidents peuvent se succéder assez régulièrement, tels que je les s plus haut. Mais, dans ce cas même, j'ai vu un enfant succomber au e la période d'éruption, et d'autres, par suite des maladies intercur- et en particulier de la broncho-pneumonie.

ai jamais vu de variole *confluente* chez les jeunes enfants, et je ne sais s médecins en ont observé dans leur pratique ou dans les hôpitaux. ıe question que l'avenir devra décider.

ıriole se montre quelquefois chez les enfants d'une manière primitive, est le fait pathologique principal qui ouvre la marche des phénomènes es. Dans d'autres cas, principalement dans nos hôpitaux, la variole est ıtive et survient dans la convalescence des maladies aiguës. Elle pré- lors des irrégularités dans son évolution ; elle est bien plus grave et rarement de faire périr les sujets.

même que chez l'adulte, la variole se montre quelquefois en même que la vaccine chez de jeunes sujets. M. Foucart en a rapporté un pris sur un enfant de sept mois. Au cinquième jour de la vaccine, nomènes généraux de la variole se manifestèrent, puis l'éruption qui oppa concurremment avec celle de la vaccine. La variole fut discrète régulière d'ailleurs que l'éruption vaccinale.

e-t-il chez le jeune enfant des varioles compliquées et des varioles s et ataxiques semblables à celles de l'adulte ? C'est possible ; mais la n'est pas encore assez avancée pour rien préciser sur ce point. L'ana- ut bien faire prévoir qu'il en est ainsi, mais l'observation ne l'a pas démontré. Il faut donc attendre pour prononcer à cet égard.

Diagnostic.

nfant non vacciné, qui offre des phénomènes fébriles, des malaises, issements et une éruption de pustules ombiliquées avec franche sup-

puration, est atteint de variole. Il n'y a que la varioloïde, si fréquente dans le premier âge, qu'on puisse confondre avec cette maladie. Mais dans la varioloïde, les enfants ont été vaccinés, ce qui est une probabilité contre la variole; les pustules sont petites, mal ombiliquées, ne suppurent pas complétement, se dessèchent aussitôt et se débarrassent très vite de leurs croûtes.

Pronostic.

Le pronostic de la variole est très grave chez les jeunes enfants. En ce qui concerne le fœtus, c'est souvent la cause de sa mort et de son expulsion prématurée. Cependant il en est quelques-uns qui peuvent guérir, témoin Mauriceau, qui naquit, dit-on, avec des traces de petite vérole.

Chez les enfants à la mamelle la variole est encore plus grave que chez l'adulte, en raison des complications qu'elle fait naître après elle. La variole primitive ou la variole consécutive n'ont rien à s'envier sous ce rapport; toutefois je crois que la dernière est encore plus meurtrière que l'autre. C'est une maladie qui fait périr le plus grand nombre des sujets qu'elle atteint. Dans le jeune âge, il n'y a guère que la variole discrète et régulière qui puisse guérir. Du moment que la maladie devient irrégulière, la mort en est presque fatalement la conséquence.

Une complication singulière a été une fois observée en Algérie par le docteur Eon sur un enfant arabe de deux ans et demi, qui, dans la convalescence d'une variole, a eu un abcès phlegmoneux de la jambe suivi de la destruction complète des parties molles de la jambe et du pied, avec nécrose des os de la jambe dans une étendue de 5 centimètres. La désarticulation fémoro-tibiale fut pratiquée, et après des accidents fort inquiétants pour la vie, la guérison eut lieu. Elle était complète au vingt-huitième jour.

Traitement.

Le traitement de la variole est préventif et curatif.

Il n'y a quant à présent d'autre méthode préventive de la variole à mettre en usage que la vaccine, dont j'ai exposé plus haut la pratique. L'inoculation de la variole qu'on pratiquait autrefois, qui a été abandonnée pour la vaccine et qu'on cherche à remettre en usage aujourd'hui dans quelques localités, sous prétexte de l'insuffisance et des dangers du vaccin, ne me paraît pas devoir être mise en honneur. Il faut renouveler le vaccin s'il est amoindri, il faut le choisir sur des sujets sains, et il faut revacciner tous les quinze ou vingt ans; mais il ne faut pas encore revenir à un moyen dont les dangers sont bien autrement sérieux que les dangers imaginaires de la vaccine. S'il était vrai cependant, comme l'a prétendu récemment M. Carnot, que la vaccine ne préservât d'une maladie de l'enfance, la variole, que pour favoriser une maladie de l'adulte, la fièvre typhoïde, et que la mortalité supprimée dans la première période de la vie dût se trouver compensée par la mortalité de l'âge

adulte au point de déplacer seulement la date du contingent fourni à la mort par l'humanité à ses différents âges, la vaccine ne serait plus qu'une triste et décevante conception destinée à l'abandon et à l'oubli. En effet, il vaudrait mieux, pour la prospérité d'un État, que la mortalité nécessaire de la population eût lieu dans la première enfance plutôt que de frapper l'âge adulte. Les faibles seuls succomberaient avant l'époque où ils peuvent procréer de nouveaux êtres aussi faibles qu'eux, la dépense qu'ils occasionnent prendrait un autre chemin dans le pays, et, de cette façon, la race améliorée jouirait d'une prospérité matérielle plus grande. Mais toutes ces idées reposent sur des statistiques de M. Carnot (1), qui ne sont rien moins qu'exactes. Cet auteur a recueilli ses documents sur les registres fournis par les hôpitaux à l'administration centrale, et par les mairies à la ville de Paris. Il ne sait pas que tous ces registres sont radicalement faux, et que, presque partout, abandonnés dans leur rédaction aux médecins vérificateurs des décès qui ignorent souvent les causes de la mort, ou dans les hôpitaux à des élèves négligents ou inexpérimentés, les dénominations les plus fausses sont mises sur les actes de décès, et que puiser à cette source les preuves de l'existence de la fièvre typhoïde, c'est puiser autant d'erreurs que de renseignements. Outre les synonymies employées par les médecins, il y a les fautes de l'ignorance, de la mauvaise foi, de l'inadvertance, et puis les irrégularités des actes de l'état civil mortuaire au commencement de ce siècle. On ne peut donc comparer la mortalité actuelle à la mortalité antérieure à la vaccine, pour rapporter à la fièvre typhoïde ce qu'autrefois on rapportait à la variole. La base de cette statistique sur des tableaux administratifs incomplets et remplis d'erreurs s'écroule donc aussitôt qu'on touche à ses éléments erronés, et fonder sur elle des conclusions défavorables à la vaccine, c'est, quant à présent du moins, préjuger une question qui reste tout entière à décider.

Quand l'éruption apparaît, il faut couvrir modérément les sujets, de manière à ne pas les mettre dans une température trop forte. L'excès de chaleur nuit beaucoup aux enfants, augmente la fièvre et peut-être aussi le nombre des pustules cutanées. Il faut résister rigoureusement aux exagérations des parents qui veulent toujours accabler les enfants de couvertures sous prétexte de faciliter la sortie de l'éruption. Ce n'est plus là qu'une pratique vicieuse désormais jugée par l'expérience.

Lors de l'éruption, il convient de détruire les pustules du visage qui se développent sur le bord des cils et sur la conjonctive ou la cornée. On y arrive en les ouvrant avec une aiguille pour les laver et les cautériser ensuite avec le nitrate d'argent. Il faut aussi leur frotter le visage trois fois par jour avec une petite quantité d'onguent mercuriel, afin d'éteindre les pustules, et d'empêcher la formation de vilaines cicatrices. Ce moyen ne vaut pas comme méthode abortive l'emploi de l'emplâtre de Vigo, mais il est d'un usage plus facile chez les jeunes enfants. Voici un cas où il a bien réussi.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1853, t. XVIII, p. 1164.

Observation. — *Variole, onctions mercurielles; guérison.* — Un garçon de deux ans et demi non vacciné, bien portant; jamais de convulsions, jamais de maladie éruptive. Nourri jusqu'à ce jour; seize dents.

Cet enfant n'a pas été exposé à l'influence contagieuse.

Le samedi 19 novembre 1842, il a été maussade, sans fièvre, sans souffrance déterminée.

Le dimanche 20, abattement, fièvre, un peu de constipation; le soir, convulsions qui se reproduisent plusieurs fois durant la nuit.

Lundi, dans la journée, trois convulsions très fortes; dans la nuit elles ont été moins fortes.

Le mardi, pas de convulsions, pas de vomissements; constipation. Depuis le début de sa maladie, l'enfant n'a pas cessé de verser des larmes. — Le mardi au soir, commencement de la sortie des pustules.

Le mercredi 23, leur nombre augmente.

Le jeudi 24, pas de fièvre. L'éruption couvre la face; elle est sur les limites d'une variole discrète et d'une variole confluente. Des pustules sont déjà bien formées; trois d'entre elles sont ombiliquées et pleines de sérosité lactescente. Le dos, les bras et les cuisses offrent une grande quantité de pustules au même degré de développement et avec la même irrégularité. Quelques-unes sont séreuses et ombiliquées; d'autres sont à l'état de papules. Enfin d'autres encore sont, dans l'épaisseur du derme, à l'état de rougeur.

Pas de fièvre; onctions d'onguent mercuriel; 25 grammes de manne.

Le 25, les pustules du corps se sont bien développées. Quelques-unes sont étendues de 4 millimètres, blanchâtres et commencent à s'ombiliquer; il y en a encore qui commencent à pousser; celles de la face sont un peu moins avancées que celles du corps; pas de fièvre; éternuments très fréquents depuis deux jours.

Lavement purgatif; onctions mercurielles.

Le 26, les pustules du corps et de la face sont, à peu d'exceptions près, remplies de sérosité lactescente; elles sont plus larges les unes que les autres; les plus grandes sont ombiliquées et commencent à s'entourer d'une auréole inflammatoire: l'auréole inflammatoire est plus rouge à la face qu'ailleurs. La face commence un peu à se tuméfier; léger engorgement des glandes du cou; les éternuments diminuent; pas de vomissements; une selle; pas de chaleur fébrile; 124 pulsations, mais l'enfant est agité. La bouche et la langue sont couvertes de pustules varioliques.

Émollients; onctions mercurielles.

Le 27, la face est un peu plus gonflée que la veille; les paupières sont demi-closes, pas de tuméfaction des mains. Les pustules de la face sont moins étendues que celles du corps, moins rouges, et sont remplies de sérosité qui devient purulente. Celles du corps ont une auréole inflammatoire déjà assez marquée; elles sont volumineuses et perdent un peu leur caractère ombiliqué.

Le 28, le gonflement de la face a disparu; les pustules de la face paraissent arrêtées; elles ont considérablement diminué de volume; elles ne renferment plus de pus et sont presque desséchées. Celles du corps sont larges, saillantes, sans ombilication et remplies de pus; légère rougeur autour d'elles. Les mains ne sont pas gonflées.

Le 29, les pustules du corps s'élargissent; il n'y a pas encore de tuméfaction des pieds et des mains; celles de la face ont avorté.

Le 30, les pustules du visage sont entièrement sèches; la face est entièrement dégonflée, les yeux sont ouverts. Sur le corps, les pustules commencent à percer et à se couvrir de croûtes; aux jambes, toutes les pustules sont pleines de pus, aucune ne se sèche.

3 décembre, les pustules sont toutes sèches.
13 janvier, l'enfant sort après avoir eu deux petits loriots et un peu d'oph-
ie.

s enfants peuvent continuer à teter, mais il faut leur donner le sein
s souvent. S'ils sont déjà sevrés et nourris substantiellement, il faut les
ttre au lait coupé qui leur servira de tisane.
toux devra être combattue par des juleps gommeux et loochs blancs ad-
nés de 6 à 10 grammes de sirop diacode au plus. Si la poitrine s'embar-
beaucoup, c'est à un vomitif composé de 30 grammes de sirop d'ipéca-
na avec 30 centigrammes de poudre, qu'il faut d'abord recourir, et en
e phlegmasie bronchique et pulmonaire caractérisée par des râles sibi-
ronflant et sous-crépitant, à des ventouses scarifiées, à une ou deux sang-
au creux de l'estomac et à un petit vésicatoire volant au niveau du
um.
l survenait des convulsions ou du coma, il faudrait appliquer une sangsue
haque apophyse mastoïde.
rès la chute des croûtes, des bains peuvent être donnés sans nul inconvé-
, et même, au contraire, avec tout avantage. Il est convenable, enfin,
rminer par l'emploi de quelque doux laxatif capable de débarrasser les
illes des saburres accumulées pendant la durée de la variole.

Aphorismes.

7. La variole s'attaque aux sujets suivant leur aptitude; elle pénètre
le sang et sort par la peau.
8. L'aptitude à recevoir la variole varie avec les âges; assez grande chez
tus vivant au sein de sa mère, rare chez les nouveau-nés, très grande
l'enfance, elle s'affaiblit chez l'adulte et disparaît entièrement chez le
ard.
9. La variole est souvent congénitale.
0. La variole intra-utérine est une maladie presque inévitablement mor-

1. La variole est épidémique et contagieuse.
2. La variole est régulière ou irrégulière, discrète ou confluente, bénigne
aligne.
3. La variole des jeunes enfants est presque toujours discrète, mais sou-
irrégulière, ce qui la rend fort grave.
4. Une convulsion subite, suivie de fièvre et de vomissements chez un
t non vacciné, doit faire penser à la variole.
5. L'aptitude à recevoir la variole est neutralisée par l'inoculation du
a.
6. La variole déclarée suit fatalement la marche indiquée par la nature,

et l'on ne peut empêcher la sortie des pustules sur la peau que dans une très petite étendue.

287. La broncho-pneumonie est une complication très fréquente et très malheureuse de la variole des enfants.

288. Pour traiter convenablement une variole simple, discrète et régulière, il faut s'abstenir de toute médication énergique, et se contenter de prescrire le repos et les boissons émollientes au milieu d'une atmosphère pure, douce et tempérée.

289. On doit toujours faire avorter les pustules du visage avec les onctions mercurielles ou l'emplâtre de Vigo ramolli.

290. Les complications de la variole exigent seules une intervention énergique et immédiate du médecin.

CHAPITRE III.

DE LA VARIOLOÏDE.

On donne le nom de *varioloïde* à une éruption cutanée pustuleuse et contagieuse, de nature variolique, sans fièvre secondaire, pouvant naître de la variole et la produire, et dont la durée est d'une à deux septaines.

Il faut admettre trois sortes de varioloïdes : les varioloïdes pustuleuses ombiliquées, globuleuses et conoïdes. Toutes les trois se développent chez des individus vaccinés, au moment des épidémies de variole, et quelquefois aussi en dehors de ces épidémies. La varioloïde ombiliquée est la plus importante à connaître, car elle offre de grandes analogies avec l'éruption variolique, et il est souvent difficile de les distinguer l'une de l'autre.

La varioloïde n'apparaît qu'après deux ou trois jours de prodromes, qui sont caractérisés chez les jeunes enfants par de la fièvre, des malaises, une agitation inaccoutumée, et quelquefois par des troubles gastriques, les vomissements par exemple. Quelques enfants présentent d'abord une éruption de roséole, et ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que se manifestent les pustules spéciales à la maladie qui nous occupe.

Des taches rouges s'aperçoivent d'abord au front, sur les membres, et enfin sur le corps. Elles font bientôt une saillie considérable, et se présentent alors avec le caractère pustuleux qui leur est propre. Leur nombre n'est jamais bien considérable. Chez quelques malades elles restent acuminées ou plus ou moins arrondies; chez d'autres elles offrent une dépression centrale semblable à celle des pustules varioliques.

Ces pustules s'accroissent et ont acquis le maximum de leur développement vers le cinquième ou septième jour. Alors elles sont entourées d'une petite auréole inflammatoire sans gonflement de la peau, comme dans la variole. La suppuration s'établit imparfaitement dans leur intérieur, ou ne s'établit pas du

, et la dessiccation commence vers le huitième jour, en même temps que réole inflammatoire s'éteint. Chez quelques malades, la dessiccation ne ectue qu'à une époque plus avancée de la maladie. Les croûtes sont presque es tombées au vingt et unième jour, c'est-à-dire à la fin de la troisième aine.

es accidents généraux des éruptions de varioloïde n'augmentent pas sensi- nent chez les enfants par le fait même de l'éruption. Les symptômes sont u près les mêmes dans le cours de la maladie qu'au moment de son inva- . La fièvre persiste au même degré pendant toute sa durée et tombe au nent de la dessiccation des pustules. Il n'y a pas, comme dans la variole, e fièvre primaire, qui cesse un moment lors du développement des pus- s et qui reparaît si vive à l'instant de leur suppuration. En un mot, il n'y as de fièvre secondaire. L'état de malaise, d'insomnie et d'agitation des en- s est le même que dans la variole. L'appétit est perdu, et l'on observe lquefois des vomissements. Les convulsions sont rares; cependant elles vent s'expliquer par l'intensité de la fièvre chez les jeunes enfants. On sait, ffet, que, chez eux, c'est par des convulsions et non par du délire que se ait l'agitation cérébrale. Comment auraient-ils du délire, puisque leur in- ence n'est pas encore développée?

s pustules de la varioloïde ombiliquée durent un peu plus longtemps que stules de la varioloïde globuleuse et conoïde. Leur marche est souvent sem- e à celle des pustules varioliques, et elles suppurent quelquefois complé- nt avant d'arriver à la cicatrisation. Toutefois, au moment de la suppu- , il n'y a pas de fièvre secondaire comme dans la variole. Les symptômes tte espèce de varioloïde sont aussi plus graves. C'est là surtout qu'on ob- les vomissements et les convulsions. Le seul fait de convulsions que bservé dans la varioloïde se trouvait précisément chez un enfant autrefois é, et dont les pustules étaient toutes déprimées à leur centre.

varioloïde n'est pas une maladie grave, les enfants guérissent avec é; cependant la varioloïde ombiliquée est quelquefois plus sérieuse te variole discrète. On raconte que dans une épidémie de variole, à ille, vingt vaccinés périrent, et chez eux la maladie avait offert les carac- de la varioloïde pustuleuse (Rayer). Cette affection n'est jamais suivie ruption de furoncles et des hémorrhagies qu'on observe quelquefois a variole. Dès que la dessiccation commence, on ne voit guère survenir uveaux accidents; et à moins de complications toutes spéciales et impré- les enfants peuvent être regardés comme guéris.

marche à suivre dans le traitement des varioloïdes est parfaitement ée. Il faut surveiller l'éruption et la laisser accomplir ses phases obli- Les enfants doivent être mis à la diète et placés dans un lieu convena- nt échauffé, à l'abri de l'action de l'air froid et humide. Il ne faut pas es couvrir, pour ne pas augmenter la fièvre et pour ne pas provoquer, es sueurs abondantes, ces érythèmes qui accompagnent la sécrétion

sudorale. Il faut enfin leur donner des boissons émollientes et chaudes jusqu'au moment où l'on pourra devoir les alimenter de nouveau.

Dans le cas de complications du côté des voies digestives ou de la tête, il faut employer des moyens propres à triompher de ces accidents. La poudre d'ipécacuanha peut alors être utile pour vider complétement l'estomac, et la poudre de magnésie pour saturer les acides qu'il renferme. Quant aux convulsions, comme elles ne sont pas liées à une altération du cerveau, il n'y a rien à faire contre elles ; elles cessent naturellement, et l'on ne pourrait donner que les différents antispasmodiques dont j'ai parlé dans le chapitre consacré à l'histoire de ces accidents.

CHAPITRE IV.

DE LA VARICELLE.

La varicelle est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par la présence sur la peau de vésicules plus ou moins nombreuses, remplies de sérosité incolore et limpide. On l'appelle aussi *petite vérole volante*, et en anglais *chicken-pox*. Il ne faut pas confondre cette maladie avec la varioloïde, qui s'en rapproche à certains égards, mais dont le caractère anatomique est essentiellement différent. En effet, la varicelle est une affection vésiculeuse, et la varioloïde, au contraire, une affection pustuleuse bien caractérisée.

La varicelle est précédée d'une fièvre légère qui dure de douze à quarante-huit heures au plus. Souvent l'état fébrile est à peine sensible, et, comme l'indique M. Rayer, il n'empêche pas les enfants de se livrer à leurs jeux ordinaires. Dans quelques cas rares, l'invasion de la varicelle est précédée de douleurs abdominales, de vomissements, etc. ; mais il faut que ces faits soient bien exceptionnels, car j'ai réuni cinquante-deux exemples de cette maladie sans avoir jamais observé aucun de ces symptômes.

« La varicelle est discrète ou confluente. Elle est caractérisée par de petites » taches rouges un peu saillantes, circulaires lorsqu'elles sont isolées, irrégu- » lières, au contraire, lorsque plusieurs se trouvent réunies au même endroit. » Dès le lendemain il se forme, au centre de la plupart de ces élevures, une » vésicule proéminente remplie par une humeur absolument limpide, incolore » ou citrine, qui s'écoule facilement lorsqu'on pique la vésicule. Le deuxième » jour, cette vésicule a environ une ligne et demie de diamètre ; elle s'élève » en pointe ou prend la forme arrondie. Le troisième jour, la couleur de la » lymphe est jaunâtre; mais c'est le seul changement qu'aient subi les vési- » cules. Le quatrième jour, celles qui n'ont pas été accidentellement rompues » diminuent de volume et se rident à leur circonférence. Le cinquième, une » petite croûte adhérente à la peau s'est formée à leur centre, et une petite » quantité de lymphe opaque est renfermée dans leur circonférence, ce qui » leur donne quelquefois une apparence ombiliquée. Le sixième, de petites

jaunâtres ou brunes occupent la place des vésicules. Le septième et ème, les croûtes tombent, et laissent sur la peau des taches rouges pression, qui subsistent encore pendant quelques jours.

ant le cours de cette éruption, plusieurs élevures semblent avorter; s restent à l'état de simples taches ou d'élevures papuleuses, et s'ef- graduellement ; les autres ne sont surmontées que d'une très petite e, qui se rompt ou s'affaise très rapidement (1). »

sicules de la varicelle ne sont pas toujours précédées par une tache la peau: ce sont alors de véritables bulles qui se développent sans cal précurseur. Si j'en puis juger d'après les observations que illies, et qui sont assez nombreuses, la vésicule se formerait d'emblée majorité des cas et sans altération préalable du derme. Ainsi, j'ai ois observé, au milieu de l'éruption ordinaire de la varicelle, des ou plutôt des bulles assez volumineuses, arrondies, remplies de ransparente et sans auréole inflammatoire. Cette auréole ne s'établis- leux ou trois jours après, au moment de la dessiccation et de la gué- a bulle.

érence n'est pas capitale, je le sais; mais elle peut être intéressante ître pour ceux qui s'occupent généralement des maladies de la peau veulent rien ignorer de leurs caractères anatomiques.

icelle discrète est toujours une maladie légère qui trouble à peine la enfants. Lorsqu'elle est confluente, elle est accompagnée de fièvre noins vive qui ne tarde pas à se dissiper à mesure que disparaît . La varicelle dure de huit à quinze jours au plus, et elle ne laisse gères traces à la surface de la peau.

icelle se présente sous la forme épidémique, aussi bien dans le cours mies de variole que dans les circonstances contraires. Ainsi j'ai ob- hôpital Necker une épidémie de varicelle, alors qu'il n'y avait point ie de variole. La maladie, restreinte dans les salles d'enfants, se porta ement sur chacun d'eux, et persista pendant plusieurs mois, car de enfants venaient chaque jour dans le foyer d'infection et ne tardaient affectés. Elle débuta au moment où cessa la petite épidémie de rou- t j'ai écrit l'histoire.

celle est contagieuse comme la variole; elle ne préserve pas de cette

ut être transmise par inoculation de l'humeur séreuse de ses vésicules, ne les expériences que j'ai faites soient contraires à cette opinion, ont pas assez nombreuses pour détruire l'assertion de Willan, qui voir réussi dans son inoculation.

s M. Rayer, la varicelle peut produire la variole, et celle-ci peut

er, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, p. 556, ELLE.

donner naissance à la varicelle; cela semblerait établir une identité de nature entre les deux maladies, mais il n'y a rien de catégoriquement démontré à cet égard. Il y a même des faits qui sont en complète opposition avec cette manière de voir. Ainsi le docteur Roebbelen a rapporté (1) l'observation d'un garçon d'un an non vacciné qui, après avoir subi une variole intense et confluente, fut pris un mois après la guérison d'une varicelle bien caractérisée. Si les deux maladies étaient de nature identique, elles n'auraient pu se succéder ainsi à une courte distance.

Le diagnostic de la varicelle n'est pas difficile. En effet, il n'est pas de maladie cutanée qui présente ce caractère des vésicules éparses et isolées de la varicelle. Elle se rapproche du pemphigus, lorsqu'elle apparaît d'emblée par une petite bulle non entourée d'un cercle inflammatoire; mais les bulles du pemphigus sont toujours plus grosses et moins nombreuses que les bulles de varicelle. En outre, la varicelle ne présente pas d'une manière générale le caractère d'éruption bulleuse dont nous avons parlé; on rencontre chez le même malade des vésicules bien caractérisées, ce qui n'a pas lieu dans le pemphigus.

Le traitement de la varicelle est fort simple : il faut mettre les enfants à l'abri du froid et leur donner quelques boissons émollientes diaphorétiques, sans se préoccuper de la terminaison de la maladie, qui est constamment heureuse.

CHAPITRE V.

DE LA SCARLATINE.

La scarlatine est une fièvre éruptive contagieuse, épidémique, caractérisée par la présence d'un exanthème spécial disposé sous forme de teinte écarlate pointillée de rouge, étendue sur la peau et sur la muqueuse du pharynx. Dans beaucoup de cas, l'éruption se propage sur les muqueuses du nez, des bronches, des voies digestives et urinaires, constituant ce que l'on pourrait appeler une *scarlatine interne* par opposition à la *scarlatine externe* qui a la peau pour siége principal.

Causes.

La scarlatine est bien plus fréquente que la variole dans les premières années de la vie. On n'en a cependant jamais vu d'exemples chez le nouveau-né. Elle ne se montre guère que vers la fin de la première année. Mais son maximum de fréquence paraît être entre cinq et dix ans. Passé cette époque, elle est de plus en plus rare, mais elle se rencontre également chez l'adulte. Elle s'observe indistinctement chez les garçons et chez les filles. C'est une maladie *épidémique*, surtout dans les pensionnats et dans les hôpitaux de l'enfance. Elle se développe quelquefois *sporadiquement*. La scarlatine est *conta-*

(1) *Deutsche Klinik*, 1855, n° 28.

:t se transmet indirectement par l'air ou plus directement par le con-
ar l'intermédiaire de linges et de vêtements ayant servi à des sujets
, ou enfin par une lancette chargée de sang pris dans une plaque scar-
se vive. C'est du moins ce qu'ont déclaré Stoll, MM. Mandt et Miquel
oise), etc.

ause nécessaire et absolue de la scarlatine est la présence, au sein de
isme, d'un agent spécifique, inconnu dans sa nature, insaisissable, si ce
r ses résultats, et que l'on désigne sous le nom de *virus scarlatineux*.
i qui se reproduit toujours identique avec lui-même, dans l'évolution
ème maladie, en ayant le corps humain pour support et la peau pour
panouissement. « *Scarlatina oritur a miasmate exteriore quod in aere
, aut contagione et contractu suscipitur.* » C'est ainsi que s'exprimait
illustre Borsieri, et nous n'avons rien à désavouer de ces judicieuses
, confirmées par l'observation de tous les siècles.

carlatine se montre sous plusieurs formes, que l'on doit désigner,
les phases de son évolution, sous le nom de *régulière*, *irrégulière*
igne; et d'après son siége, sous le nom de *scarlatine interne* et de *scar-
xterne*. La scarlatine interne comprendrait la *scarlatine du pharynx*,
latine des bronches, la *scarlatine rénale avec albuminurie*, etc.

Symptômes.

symptômes de la *scarlatine régulière* sont différents aux diverses
s de la maladie, dans la période de *germination*, d'*invasion*, d'*érup-
de desquamation*.

une enfant soumis à l'influence morbide qui doit amener ultérieure-
a scarlatine résiste plus ou moins longtemps à l'action du virus. Il
e plusieurs jours durant lesquels, au milieu d'une apparente santé, le
erme dans l'économie, temps variable différemment évalué par les
, et qui me paraît être de trois à dix jours. Chez une jeune femme
cette période a été de six semaines. C'est la *période de germination*
arlatine. La fièvre apparaît ensuite et signale l'*invasion* des accidents.
accompagnée d'accablement et d'agitation considérable et de méchan-
e sein de la mère ou de la nourrice est un objet de dégoût et de colère;
sons sont prises avec avidité, et l'on ne sait que faire pour calmer et
ir l'enfant irrité. Des efforts de vomissements se répètent à plusieurs
s, plus souvent des vomissements ont lieu; quant aux garderobes,
nt nulles ou insignifiantes.

angue est blanche, villeuse, la bouche chaude; au bout de quelques
, le pharynx et les amygdales rougissent et semblent douloureux, car
nts se refusent à boire : on pourrait croire à une simple angine, lors-
-uption vient dissiper les doutes du médecin.

quefois l'agitation nerveuse est des plus violentes, et en même tem

que paraît la fièvre d'invasion, une attaq
accidents.

Au bout de quelques heures, dans la a
née, de vingt-quatre ou quarante-huit he
se montre d'abord au cou, puis à la face et

De petits points rouges plus ou moins
multiplient et se confondent en s'élarg
grandes, de dimension variable, sans reli
paraît momentanément sous le doigt pou
Ces taches sont d'abord isolées, puis se m
confluentes, couvrent la surface du corps
forme et générale.

La rougeur de cet exanthème est t
souvent de la couleur du jus de framboise
aux différentes époques du jour. D'après
serait plus foncée le soir que le matin au

L'exanthème scarlatineux a cela de p
disparaît momentanément et passagèrem
tion de la peau. J'ai utilisé ce phénomè
spécial de la scarlatine, car il suffit de tra
doigt, ou avec l'ongle, une raie sur un
raître *une rayure blanche* tout à fait sig
blable dans la rougeole, l'érysipèle et les
ainsi écrire, sur la cuisse d'un malade,
bout d'un crayon légèrement appuyé sur l
écrivant ainsi légèrement le mot *scarlati*
les lettres de ce mot écrites en blanc et
aux yeux de l'observateur. C'est ce que
Elle résulte de la contractilité du derme
tractilité exagérée des capillaires qui cha
intérieur. Il ne se fait rien de semblabl
exanthèmes, parce que dans ces affectio
perficielle et que les capillaires à demi p
tractilité exagérée des capillaires de la pea
sur l'exanthème peut donc être considéré

L'exanthème de la scarlatine s'étend
peut cependant n'en couvrir qu'une part
temps couverte de quelques papules,
incolores et *opalines*, ce qui constitue l

En même temps que l'éruption occu
nature, mais bien plus fâcheuse, se dév
pharynx. La muqueuse de ces parties est
quelquefois couverte de flocons pultacé

ses peu résistantes; les amygdales sont tuméfiées, quelquefois ulcérées à face interne; la langue est elle-même gonflée, rouge et toute dépouillée ses bords : c'est l'*angine scarlatineuse*, affection qui devient exceptionnement fort grave et souvent mortelle. J'en parlerai un peu plus loin. C'est des formes de la *scarlatine interne*.

a peau est sèche, très chaude, et sa température augmentée s'élève jus- 38 et 40 degrés centigrades. La fièvre reste aussi vive que dans la nière période et le pouls est toujours très vif et très agité.

u bout de deux à trois jours l'éruption commence à pâlir, et elle disparaît nellement en même temps que la miliaire sèche et s'écaille. Alors commce la *desquamation*, qui dure de six à dix jours. Elle est quelquefois peu dérable, mais ordinairement elle amène la rénovation de tout l'épiderme se détache sous forme de larges lambeaux, tandis que dans la rougeole, me nous le verrons, ce n'est qu'une desquamation fine, dite furfuracée.

a scarlatine *régulière* se montre sous la forme que je viens d'indiquer, e termine généralement bien, lorsque les enfants sont dans l'intérieur de famille et convenablement soignés. Mais dans les hôpitaux d'enfants, la latine, même régulière, peut se porter à l'intérieur sur les muqueuses du rynx, des intestins, de la vessie, des reins, sur les viscères, etc. Elle est souvent suivie de complications fâcheuses qui sont très graves et qui enment la mort de la moitié des enfants affectés.

La scarlatine est dite *irrégulière* quand les symptômes de l'invasion manent ou sont fort peu prononcés, quand l'éruption est très pâle, ou très fon, noire, hémorrhagique; quand il n'existe pas d'angine, ou enfin, ce qui est s rare, quand l'éruption manque tout à fait et qu'il y a angine avec scarhe des bronches suivie de suffocation.

l y a des cas où la scarlatine est accompagnée de phénomènes convulsifs comateux dès le début de l'affection, et d'autres où l'angine scarlatineuse transforme en diphthérite laryngo-pharyngée ou en sphacèle de la bouche, qui constitue la *scarlatine maligne*.

Complications.

La scarlatine peut être compliquée d'angine tonsillaire, ulcéreuse, pultacée, ienneuse, et secondairement de l'inflammation des ganglions du cou, avec puration désignée sous le nom de *bubons scarlatineux :* j'en ai vu plusieurs mples à l'hôpital, et à ce sujet je rappellerai que M. Mondière a vu un jeune ant périr asphyxié par le fait de cette inflammation. Elle est souvent comnée de broncho-pneumonie, d'entérite, et enfin pendant la convalescence, à le la desquamation, d'anasarque, par suite du trouble de la perspiration e. Dans ce cas il y a suffusion séreuse générale avec ou sans albuminurie, est rare ; mais j'en ai vu plusieurs exemples, notamment un en 1859, e fille de onze ans, dont la scarlatine très rouge, sur laquelle la rayure

que paraît la fièvre d'invasion, une attaque d'éclampsie ouvre la marche accidents.

Au bout de quelques heures, dans la scarlatine bénigne, d'une demi-j née, de vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, l'*éruption* appar se montre d'abord au cou, puis à la face et sur le reste du corps.

De petits points rouges plus ou moins nombreux apparaissent çà et l multiplient et se confondent en s'élargissant, pour former des taches grandes, de dimension variable, sans relief à la peau, et dont la couleu paraît momentanément sous le doigt pour revenir dès que la pression a Ces taches sont d'abord isolées, puis se multiplient, se réunissent, et, dev confluentes, couvrent la surface du corps d'une teinte écarlate presqu forme et générale.

La rougeur de cet exanthème est toujours très foncée : elle app souvent de la couleur du jus de framboises, ou de mûres écrasées, et elle aux différentes époques du jour. D'après les observations de M. Raye serait plus foncée le soir que le matin au lever du soleil.

L'exanthème scarlatineux a cela de particulier et de caractéristiqu disparaît momentanément et passagèrement, pendant une minute, par l tion de la peau. J'ai utilisé ce phénomène pour créer un signe diagno spécial de la scarlatine, car il suffit de tracer très légèrement, avec le b doigt, ou avec l'ongle, une raie sur un exanthème douteux pour faire raître *une rayure blanche* tout à fait significative. Il ne se fait rien de blable dans la rougeole, l'érysipèle et les autres éruptions cutanées. O ainsi écrire, sur la cuisse d'un malade, le diagnostic de la maladie a bout d'un crayon légèrement appuyé sur la peau. Vingt fois dans mes clini écrivant ainsi légèrement le mot *scarlatine* sur l'épiderme, j'ai fait voir les lettres de ce mot écrites en blanc et rester une ou deux minutes exp aux yeux de l'observateur. C'est ce que j'ai appelé la *rayure scarlati* Elle résulte de la contractilité du derme sous l'influence du frottement; tractilité exagérée des capillaires qui chasse momentanément le sang d intérieur. Il ne se fait rien de semblable dans la rougeole ni dans les exanthèmes, parce que dans ces affections l'hypérémie cutanée est tou perficielle et que les capillaires à demi paralysés sont peu contractiles. L tractilité exagérée des capillaires de la peau se traduisant par la *rayure b* sur l'exanthème peut donc être considérée comme un symptôme de la scarl

L'exanthème de la scarlatine s'étend ordinairement sur tout le co peut cependant n'en couvrir qu'une partie ; la peau est quelquefois en temps couverte de quelques papules, mais bien plus souvent de vés *incolores* et *opalines*, ce qui constitue la *scarlatine miliaire*.

En même temps que l'éruption occupe la peau, une éruption de nature, mais bien plus fâcheuse, se développe souvent dans la bouche pharynx. La muqueuse de ces parties est pointillée de rouge, injectée de quelquefois couverte de flocons pultacés, ou de fausses membranes c

euses peu résistantes; les amygdales sont tuméfiées, quelquefois ulcérées à eur face interne; la langue est elle-même gonflée, rouge et toute dépouillée ur ses bords : c'est l'*angine scarlatineuse*, affection qui devient exceptionellement fort grave et souvent mortelle. J'en parlerai un peu plus loin. C'est ine des formes de la *scarlatine interne*.

La peau est sèche, très chaude, et sa température augmentée s'élève jusqu'à 38 et 40 degrés centigrades. La fièvre reste aussi vive que dans la première période et le pouls est toujours très vif et très agité.

Au bout de deux à trois jours l'éruption commence à pâlir, et elle disparaît graduellement en même temps que la miliaire sèche et s'écaille. Alors commence la *desquamation*, qui dure de six à dix jours. Elle est quelquefois peu considérable, mais ordinairement elle amène la rénovation de tout l'épiderme qui se détache sous forme de larges lambeaux, tandis que dans la rougeole, comme nous le verrons, ce n'est qu'une desquamation fine, dite furfuracée.

La scarlatine *régulière* se montre sous la forme que je viens d'indiquer, et se termine généralement bien, lorsque les enfants sont dans l'intérieur de leur famille et convenablement soignés. Mais dans les hôpitaux d'enfants, la scarlatine, même régulière, peut se porter à l'intérieur sur les muqueuses du pharynx, des intestins, de la vessie, des reins, sur les viscères, etc. Elle est fort souvent suivie de complications fâcheuses qui sont très graves et qui entraînent la mort de la moitié des enfants affectés.

La scarlatine est dite *irrégulière* quand les symptômes de l'invasion manquent ou sont fort peu prononcés, quand l'éruption est très pâle, ou très foncée, noire, hémorrhagique; quand il n'existe pas d'angine, ou enfin, ce qui est plus rare, quand l'éruption manque tout à fait et qu'il y a angine avec scarlatine des bronches suivie de suffocation.

Il y a des cas où la scarlatine est accompagnée de phénomènes convulsifs et comateux dès le début de l'affection, et d'autres où l'angine scarlatineuse se transforme en diphthérite laryngo-pharyngée ou en sphacèle de la bouche, ce qui constitue la *scarlatine maligne*.

Complications.

La scarlatine peut être compliquée d'angine tonsillaire, ulcéreuse, pultacée, couenneuse, et secondairement de l'inflammation des ganglions du cou, avec suppuration désignée sous le nom de *bubons scarlatineux :* j'en ai vu plusieurs exemples à l'hôpital, et à ce sujet je rappellerai que M. Mondière a vu un jeune enfant périr asphyxié par le fait de cette inflammation. Elle est souvent compliquée de broncho-pneumonie, d'entérite, et enfin pendant la convalescence, à la fin de la desquamation, d'anasarque, par suite du trouble de la perspiration cutanée. Dans ce cas il y a suffusion séreuse générale avec ou sans albuminurie, ce qui est rare; mais j'en ai vu plusieurs exemples, notamment un en 1859, sur une fille de onze ans, dont la scarlatine très rouge, sur laquelle la rayure

l'otite avec perforation du tympan, chut
quelquefois abcès du cerveau ou méning
cas des scarlatines *internes*, irrégulières e

Lorsque la maladie est simple, sa term
dès qu'elle offre des irrégularités ou des c
ment menacée et le plus grand nombre d
s'annonce très souvent par la formation, s
nasale et mentonnière, blanchâtre ou livi

Traitemen

Le traitement de la scarlatine est à la f

Le traitement prophylactique a pour b
la scarlatine dans le cas d'épidémie. On
administrée en teinture, à la dose de quelq
C'est là un des faits les plus curieux de l
devons la connaissance à l'illustre Hahnem
firmées par une foule de médecins, au nom
Massius, Hufeland, Berndt, Méglin, Bayle
(de Valenciennes) (1), etc., qui ont emp
démies, et qui prétendent avoir ainsi lim
rapporte (2) que sur 2027 individus ainsi
latine, 79 seulement ont été atteints, et 1
de faits de ce genre acceptés dans la scienc

Lorsqu'on emploie la belladone comme
latine, il faut l'administrer de la manière s

Extrait de belladone.....
Eau de cannelle.....

Deux ou trois gouttes matin et soir pour un
par année pour les enfants plus avancés en âg

La plus grande objection, et ce n'en est
objection qu'on pourrait faire à cette mét
remplir le but qu'on se propose : c'est, e
d'abord une chose à démontrer. On ne l'a p
se trouve, au moment d'une épidémie, d
maladie faire beaucoup de victimes, ou d'ad
qui peut-être doit en diminuer le nombr

(1) *De l'emploi prophylactique de la bellado*
1843.

(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 182

chose inutile, on doit la faire dans l'espérance d'un bon résultat. Ce 'après avoir échoué soi-même plusieurs fois, qu'on aura acquis le s'abstenir.

es médecins, MM. Lehmann et Miquel (d'Amboise), ont proposé tion de la scarlatine comme moyen prophylactique. Ils ont pensé sant naître, en dehors de la prédisposition naturelle des individus, latine bénigne, on pourrait éviter les accidents qui résultent de cette plus grave développée sous l'influence épidémique.

d'autres médecins considèrent, comme le seul moyen prophylactique l'isolement des enfants affectés. Il est évident qu'en dehors de tout cédé prophylactique, celui-là est le meilleur.

itement curatif a pour but de favoriser l'éruption et de combattre les tions qui peuvent se manifester. Il est différent dans la scarlatine et dans la scarlatine irrégulière.

a scarlatine régulière et simple, le traitement consiste à couvrir modé- es malades pour ne pas les accabler de fatigue et de chaleur, et ensuite onner moins à teter, ou du lait coupé avec de l'eau ou des boissons tes.

gine est forte, il faut boire du sirop de mûres dans de l'eau, et pro- e petits cataplasmes sinapisés sur les jambes.

a scarlatine irrégulière et compliquée, le médecin doit veiller avec les moindres manifestations morbides pour les combattre dès le de leur apparition. Il doit mettre une sangsue derrière chaque i des convulsions ou du coma indiquent une violente congestion san- s méninges et du cerveau; il pourra aussi recourir aux émissions s, une sangsue seulement de chaque côté sous la mâchoire, dans le angine et d'une pharyngite trop intenses. Si l'angine est accompa- lcération des amygdales, de pseudo-membranes pharyngées couen- résistantes, ou s'il y a commencement de gangrène du pharynx avec le la bouche, il faut cautériser les parties matin et soir, souvent trois jour, avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique, ou avec une concentrée de nitrate d'argent. On trouvera d'ailleurs les détails de dication dans le chapitre consacré au traitement de l'angine couen- e n'y insisterai pas davantage.

carlatine est compliquée de bronchite et de broncho-pneumonie, il culter avec soin les deux côtés de la poitrine pour préciser nettement et le degré de la lésion, afin de la combattre par les moyens qu'on rdinairement à ces phlegmasies. Je les ai développés très longuement du traitement de la pneumonie, et il est inutile d'y revenir ici.

l'anasarque, il faut employer les frictions sèches, avec une brosse le doucement promenée sur la peau; les bains tièdes, les bains aro- s, les bains de vapeur, et à l'intérieur, tous les jours, une pastille de de 5 centigrammes, ou du calomel en poudre à la même dose jusqu'à

l'otite avec perforation du tympan, chute des osselets, carie du rocher, et quelquefois abcès du cerveau ou méningite consécutive, etc., etc. C'est le cas des scarlatines *internes*, irrégulières et compliquées.

Lorsque la maladie est simple, sa terminaison est constamment heureuse; dès qu'elle offre des irrégularités ou des complications, la vie est immédiatement menacée et le plus grand nombre des enfants y succombent. La mort s'annonce très souvent par la formation, sur le visage, d'une traînée fronto-nasale et mentonnière, blanchâtre ou livide.

Traitement.

Le traitement de la scarlatine est à la fois prophylactique et curatif.

Le traitement prophylactique a pour but de prévenir le développement de la scarlatine dans le cas d'épidémie. On y réussit à l'aide de la belladone administrée en teinture, à la dose de quelques gouttes en vingt-quatre heures. C'est là un des faits les plus curieux de la thérapeutique moderne; nous en devons la connaissance à l'illustre Hahnemann. Elles ont d'ailleurs été confirmées par une foule de médecins, au nombre desquels nous citerons Schenk, Massius, Hufeland, Berndt, Méglin, Bayle, Godelle (de Soissons), Stievenard (de Valenciennes) (1), etc., qui ont employé ce moyen dans plusieurs épidémies, et qui prétendent avoir ainsi limité le nombre des victimes. Bayle rapporte (2) que sur 2027 individus ainsi traités lors d'une épidémie de scarlatine, 79 seulement ont été atteints, et 1948 ont échappé. Il y a beaucoup de faits de ce genre acceptés dans la science.

Lorsqu'on emploie la belladone comme moyen prophylactique de la scarlatine, il faut l'administrer de la manière suivante, d'après Berndt :

Extrait de belladone.....	5 centigrammes.
Eau de cannelle.....	15 grammes.

Deux ou trois gouttes matin et soir pour un enfant d'un an, et une goutte de plus par année pour les enfants plus avancés en âge.

La plus grande objection, et ce n'en est pas une à notre avis, la plus grande objection qu'on pourrait faire à cette méthode thérapeutique, c'est de ne pas remplir le but qu'on se propose : c'est, en un mot, d'être inutile. Ce serait d'abord une chose à démontrer. On ne l'a pas fait. Par conséquent, le médecin se trouve, au moment d'une épidémie, dans l'expectative, ou de laisser la maladie faire beaucoup de victimes, ou d'administrer une substance inoffensive, qui peut-être doit en diminuer le nombre. Il n'y a pas à hésiter, et dût-on

(1) *De l'emploi prophylactique de la belladone dans la scarlatine épidémique*. Paris, 1843.

(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828-1837.

rché à déterminer quelle pouvait être la durée de l'incubation de la rou-
le. Elle est de dix à seize jours suivant Bateman; de huit à vingt et un
rs suivant Gregory; de dix à seize jours suivant Willan; de six jours sui-
t Home, et d'après mes observations de huit à vingt-neuf jours.

n conçoit combien ces approximations doivent être difficiles. Il est souvent
ossible de savoir à quelle époque on s'est approché d'un foyer d'infection,
même on ignore si l'on s'est exposé à contracter cette maladie. A moins de
rouver dans les circonstances où je me suis trouvé placé lors de l'appari-
de plusieurs épidémies, on ne peut arriver qu'à des résultats incertains.
faut voir arriver un enfant atteint de rougeole au milieu d'une réunion
ou moins nombreuse d'autres enfants. Alors, en observant avec attention
ui se passe, on arrive à préciser rigoureusement le temps nécessaire au
loppement de la maladie chez ceux qui avaient quelque aptitude pour la
acter. S'il y a des différences dans le temps d'incubation, c'est aux pré-
sitions particulières qu'il les faut rapporter.

ici quelle fut la durée de cette période d'incubation dans une épidémie
'ai observée à l'hôpital Necker.

elques enfants ont offert les premiers symptômes de la rougeole au bout
ize jours;

autres après le vingt et unième jour;

après le vingt-cinquième;

après le vingt-sixième;

après le vingt-neuvième.

en est donc de l'incubation de la rougeole comme de l'incubation des
es maladies contagieuses épidémiques, elle n'a point la même durée
tous les sujets. Il y aurait de la témérité à vouloir en préciser les
es; elle varie suivant les individus et d'après des conditions qu'il est
ssible de déterminer. C'est là que le mot de prédisposition vient se placer
enablement pour déguiser notre impuissance.

n effet, selon la prédisposition des sujets, les uns sont rapidement frappés
'épidémie, et les autres le sont à une époque beaucoup plus reculée, ou
ne sont entièrement épargnés par elle. Dans d'autres cas, c'est sur la
e même de la maladie que la prédisposition semble avoir quelque in-
ce, puisque là se développe une affection morbilleuse légère, et là une
ion morbilleuse grave.

EUXIÈME PÉRIODE (*période d'invasion*). — La période d'invasion n'est
ujours très caractérisée; chez quelques enfants elle passe presque ina-
e, c'est à peine si elle dure douze heures. Indiquée par des malaises et
u d'agitation à l'approche de la nuit, par une légère rougeur des yeux
élques éternuments, elle fait aussitôt place à la période d'éruption. Des
s rubéoliques se montrent sur la peau du cou et de la partie supérieure
rps.

z d'autres enfants, les phénomènes précurseurs sont mieux caractérisés;

effet purgatif. On interrompt alors le médicament pour y revenir dès que la diarrhée a cessé. Lorsque l'hydropisie consécutive à la scarlatine ne cède pas promptement aux moyens de traitement ordinaires, le professeur Mauthner (de Vienne) emploie l'urée ou le nitrate d'urée comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 10 centigrammes, mélangé avec du sucre et séparé en six doses administrées à deux heures d'intervalle. Quand l'enfant a pris 40 centigrammes, il éprouve une diurèse abondante et son hydropisie diminue. Toutefois l'auteur annonce lui-même que ses expériences ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise ; cependant les faits cliniques recueillis jusqu'ici l'engagent à conseiller l'essai de cet agent thérapeutique dans l'hydropisie survenant à la suite de la scarlatine. M. Mauthner publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'hydropisie (1).

CHAPITRE VI.

DE LA ROUGEOLE.

La rougeole est une maladie virulente, épidémique, infectieuse et contagieuse, caractérisée par l'éruption de petites taches rouges, ordinairement isolées, quelquefois réunies de manière à former des taches plus larges et irrégulières, proéminentes sur quelques points et séparées par des intervalles irréguliers où la peau conserve sa couleur naturelle. Cet exanthème est toujours accompagné d'une éruption semblable sur les muqueuses nasale, oculaire, intestinale et bronchique. Cette éruption donne lieu à une affection catarrhale aiguë accompagnée d'éternuments, de larmoiement et de coryza fébrile qui fatiguent les enfants à un si haut degré. L'éruption dure de cinq à six jours et disparaît. Elle est quelquefois suivie d'une desquamation furfuracée de l'épiderme.

Il y a plusieurs variétés de rougeole. La *rougeole vulgaire* est caractérisée par la fréquente et très constante uniformité de ses symptômes. Les autres rougeoles anomales sont infiniment plus rares, et diffèrent de celle-ci par la nature et la couleur de l'éruption : rougeole boutonnée, rougeole noire (*rubeola nigra*) ; par les symptômes : rougeole sans catarrhe, rougeole maligne, etc.

§ I. — De la rougeole vulgaire.

La rougeole offre quatre périodes : la période d'incubation, qui commence le jour de l'arrivée d'un enfant dans le foyer de l'épidémie et cesse à l'instant de l'invasion des accidents morbilleux ; la période d'invasion (*stadium contagii*, Rosen) ; la période d'éruption, et enfin la période de desquamation (*declinatio* vel *desquamatio*).

PREMIÈRE PÉRIODE (*période d'incubation*). — Déjà quelques médecins ont

(1) *Journal für Kinderkrankheiten*, et *Gaz. hebd. de méd.*

irer augmentent; le larmoiement, l'envie de dormir et le dégoût de man-
persistent comme auparavant. Cela s'explique facilement. En même temps
s'effectue l'éruption morbilleuse tégumentaire, il y a éruption *interne*
blable sur les muqueuses nasale, oculaire, palatine, bronchique et intes-
le, d'où résultent des phénomènes d'inflammation dite catarrhale. Il y a
eole interne localisée sur une ou plusieurs muqueuses, et il est impossible,
que dure cette forme de la maladie, que cessent la fièvre, les éternuments,
ux, la diarrhée, qui indiquent la participation de telle ou telle membrane
ueuse à la maladie.

n retrouve, dans cette troisième période, les symptômes généraux de la
ière et de la seconde. Ils prennent beaucoup plus d'intensité; la fièvre
constante et assez vive, sans être toutefois très considérable, elle est en
ort avec la discrétion ou la confluence de l'éruption rubéolique; la bouche
ort rouge, sèche au point de provoquer chez plusieurs malades de fré-
ts besoins de boire; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, criblé
etits points rouges correspondants aux papilles de la langue; le ventre
souple et indolent, et il y a quelquefois de la diarrhée qui dure plus ou
s longtemps.

ndant toute cette période, on peut constater, comme dans la première,
nflement des paupières et la rougeur des yeux, qui restent remplis de
es; le flux nasal du coryza se convertit peu à peu en mucus compacte,
se dessèche promptement à l'entrée des narines pour y former des croûtes.
toux augmente beaucoup : c'est le symptôme le plus grave de cette
ode et qui se retrouve chez presque tous les enfants; il est quelquefois
mpagné par une dyspnée assez inquiétante. Chez les petits enfants il n'y
nt d'expectoration, mais dans la seconde enfance il y a une expectoration
ou moins épaisse, muqueuse, puis purulente, et formant des crachats
iquetés ou arrondis, *nummulaires*, nageant dans un liquide assez clair.
rouve alors dans les poumons du râle sibilant et du gros râle muqueux
e convertit en râle sous-crépitant, lequel disparaît pour faire place à du
e, et à de la matité dans le cas de pneumonie.

ez quelques enfants la toux opiniâtre revient par quintes pénibles qu'on
rait prendre pour des quintes de coqueluche, s'il y avait cette reprise ca-
ristique observée dans cette affection.

durée de cette période est de deux, six et huit jours; les taches rubéo-
s s'éteignent dans l'ordre de leur apparition, pâlissent, diminuent
adue, et enfin disparaissent entièrement. La décroissance est assez rapide
les rougeoles discrètes. Chez d'autres, l'éruption pâlit beaucoup, mais
e tache de l'exanthème est remplacée par une tache jaunâtre, macule de
au que plusieurs médecins ont considérée comme une ecchymose, et qui
ste pendant quinze à vingt jours avant de disparaître. Les symptômes
aux diminuent simultanément avec l'éruption.

Les stigmates que la rougeole laisse après elle sont la conséquence de l'accumulation du sang à la surface de la peau, et on peut les considérer comme le résultat de la phlegmasie morbilleuse locale et circonscrite du derme qui a occasionné l'altération du pigmentum cutané. Cette opinion est appuyée sur ce qui se passe chez les personnes peu accoutumées à supporter les ardeurs du soleil et qui vont exposer leur tête nue à la chaleur de ses rayons. Il en résulte une rougeur vive d'une moitié de la face ou d'une de ses parties, le nez, le front, par exemple, rougeur à laquelle succède une teinte jaune semblable à la couleur des macules de l'affection morbilleuse. La coloration est plus étendue dans un cas que dans l'autre, ce qui importe peu d'ailleurs ; elle a également pour siége le derme, et, comme la coloration de la rougeole, elle disparaît après une ou deux septaines.

QUATRIÈME PÉRIODE (*période de desquamation*). — Cette période manque assez souvent. A ce moment la fièvre tombe, disparaît et la peau reprend sa température ordinaire. Les flux nasal et oculaire cessent, la toux est le seul symptôme qui persiste après les autres, soit qu'il indique une bronchite chronique, soit qu'il résulte de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

Lorsque l'éruption a disparu, l'épiderme desséché se fendille et tombe par écailles très petites, furfuracées, jusqu'à son entier renouvellement, ce qui dure huit à dix jours environ.

La plupart des médecins décrivent la desquamation rapide ou tardive qui succède à la rougeole. Ils l'indiquent avec toutes les différences qui la séparent de la desquamation scarlatineuse. Ainsi, dans l'affection morbilleuse, l'épiderme des parties où se trouvaient les taches s'enlève par lamelles très petites et furfuracées. La desquamation est surtout visible à la face et à la partie supérieure de la poitrine.

Chez quelques enfants, la desquamation n'est pas appréciable ou se dérobe à l'observation.

Des faits semblables ont été observés par Sydenham et par Joseph Frank, ce qui indique au moins que la desquamation furfuracée est ordinaire, elle n'est pas un phénomène constant.

On l'observe surtout chez les enfants dont l'éruption rubéolique a été très confluente.

Complications.

Parmi les complications de rougeole, il en est quelques-unes, comme l'ophthalmie, le coryza, la stomatite, la pharyngite, la diarrhée, le catarrhe bronchique, la pneumonie, qui sont complétement en rapport avec la maladie. Ce sont des *rougeoles internes* apparaissant avec la rougeole cutanée; mais il en est d'autres qui ne sont que des coïncidences morbides.

Deux enfants ont la diarrhée avec leur rougeole. Chez l'un, bien portant d'habitude, elle peut être considérée comme un phénomène lié à l'éruption qui se développe dans l'intestin et détermine le flux d'entrailles. Chez l'autre,

respirer augmentent; le larmoiement, l'envie de dormir et le dégoût de manger persistent comme auparavant. Cela s'explique facilement. En même temps que s'effectue l'éruption morbilleuse tégumentaire, il y a éruption *interne* semblable sur les muqueuses nasale, oculaire, palatine, bronchique et intestinale, d'où résultent des phénomènes d'inflammation dite catarrhale. Il y a *rougeole interne* localisée sur une ou plusieurs muqueuses, et il est impossible, tant que dure cette forme de la maladie, que cessent la fièvre, les éternuments, la toux, la diarrhée, qui indiquent la participation de telle ou telle membrane muqueuse à la maladie.

On retrouve, dans cette troisième période, les symptômes généraux de la première et de la seconde. Ils prennent beaucoup plus d'intensité; la fièvre est constante et assez vive, sans être toutefois très considérable, elle est en rapport avec la discrétion ou la confluence de l'éruption rubéolique; la bouche est fort rouge, sèche au point de provoquer chez plusieurs malades de fréquents besoins de boire; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, criblé de petits points rouges correspondants aux papilles de la langue; le ventre reste souple et indolent, et il y a quelquefois de la diarrhée qui dure plus ou moins longtemps.

Pendant toute cette période, on peut constater, comme dans la première, le gonflement des paupières et la rougeur des yeux, qui restent remplis de larmes; le flux nasal du coryza se convertit peu à peu en mucus compacte, et il se dessèche promptement à l'entrée des narines pour y former des croûtes.

La toux augmente beaucoup : c'est le symptôme le plus grave de cette période et qui se retrouve chez presque tous les enfants; il est quelquefois accompagné par une dyspnée assez inquiétante. Chez les petits enfants il n'y a point d'expectoration, mais dans la seconde enfance il y a une expectoration plus ou moins épaisse, muqueuse, puis purulente, et formant des crachats déchiquetés ou arrondis, *nummulaires*, nageant dans un liquide assez clair. On trouve alors dans les poumons du râle sibilant et du gros râle muqueux qui se convertit en râle sous-crépitant, lequel disparaît pour faire place à du souffle, et à de la matité dans le cas de pneumonie.

Chez quelques enfants la toux opiniâtre revient par quintes pénibles qu'on pourrait prendre pour des quintes de coqueluche, s'il y avait cette reprise caractéristique observée dans cette affection.

La durée de cette période est de deux, six et huit jours; les taches rubéoliques s'éteignent dans l'ordre de leur apparition, pâlissent, diminuent d'étendue, et enfin disparaissent entièrement. La décroissance est assez rapide dans les rougeoles discrètes. Chez d'autres, l'éruption pâlit beaucoup, mais chaque tache de l'exanthème est remplacée par une tache jaunâtre, macule de la peau que plusieurs médecins ont considérée comme une ecchymose, et qui persiste pendant quinze à vingt jours avant de disparaître. Les symptômes généraux diminuent simultanément avec l'éruption.

Quel est dans ce cas le mécanisme de la tuberculisation ? Si l'c qu'il y a une rougeole cutanée et une rougeole interne bronchiqu l'une et l'autre la rénovation de l'épiderme et de l'épithélium, il d dent que la desquamation bronchique, laissant au milieu des vésic naires des amas de cellules épithéliales faisant office de corps étran là une cause de tuberculisation incontestable. Les cellules épithéliale par la rougeole bronchique agissent sur les poumons de la même peuvent agir les poussières végétales et minérales. Chaque amas point de départ d'une granulation demi-transparente fibro-plastiqu d'inflammation, et plus tard ces granulations se transforment en matière tuberculeuse.

Causes.

La rougeole se montre à l'état sporadique ou épidémique, chez l'c chez l'adulte, chez l'homme comme chez la femme.

Elle règne surtout à l'état épidémique, et alors sa cause est très c déterminer.

Il est souvent bien difficile de remonter aux causes des épidémies c nent s'abattre sur les cités populeuses. On est réduit à invoquer vaic modifications plus ou moins fréquentes de la température, les modifi composition de l'atmosphère ; on se perd en conjectures, et il faut c tive confesser l'impuissance de nos recherches. Sauf de rares exce est impossible de trouver la cause de l'épidémie et souvent de cau origine.

Cela se comprend, et il ne saurait en être différemment dans le villes. Comment savoir, à Paris, si un enfant aujourd'hui affecté de n'a pas été en contact plus ou moins éloigné avec un autre enfant a cette maladie ? De quelle manière apprendre qu'il s'est approché d' d'infection ? Est-ce possible ? Assurément non. Et de même pour d'autres maladies épidémiques.

Combien d'affections de cette nature, déterminées par la contagion, regardées par les médecins comme des maladies sporadiques ! Ces sont journalières, et il n'est personne qui puisse se flatter de ne commettre.

C'est que le théâtre d'observation est si vaste, que la vue d'un h saurait l'embrasser. Il faut, pour étudier avec fruit la marche d'une é et pour en donner une description convenable ; il faut, dis-je, se pla une localité circonscrite où l'on puisse tout voir et tout apprécier. A connaît la source des premiers accidents ; on les suit dans leur mani sur toutes les personnes soumises à l'influence infectieuse, et on les v paraître pour toujours ou pour se reproduire en d'autres lieux. Le dén ment de la population est facile, et l'on achève en évaluant le nombre d times pour le comparer au nombre des personnes qui ont joui de l'im

rougeole serait une maladie légère qui guérirait facilement chez l'immense majorité des enfants. Son influence sur la santé est immédiate ou éloignée.

Influence immédiate ou éloignée de la rougeole sur la santé.

La rougeole est assez souvent la cause d'accidents morbides fort sérieux. La pneumonie lobulaire, appelée, en raison des circonstances qui président au développement, *pneumonie morbilleuse*, est, comme on le sait, fort grave. La diarrhée est un accident moins fréquent, mais non moins dangereux, car l'entéro-colite ulcéreuse en est souvent la conséquence. Les convulsions dans la rougeole sont très souvent mortelles.

L'éruption morbilleuse est quelquefois la source d'affections cutanées des oreilles, des paupières ou de la peau en général. Elle est souvent accompagnée de vésicules semblables à celles de la miliaire, de bulles de pemphigus, et surtout d'impétigo, chez les enfants scrofuleux. Cette dernière affection est celle qui se développe sur les paupières et derrière les oreilles. Il faut la combattre par de légers purgatifs et par des topiques astringents, pour ne pas la laisser s'établir d'une manière définitive.

Si la rougeole est l'occasion du développement de quelques affections cutanées, elle est aussi, en revanche, dans plusieurs circonstances, la cause de leur disparition. Ainsi, on rapporte que certains enfants atteints de maladies chroniques de la peau en ont été guéris par cette affection. Toutefois on n'est pas d'accord sur la nature de l'influence exercée dans ce cas par l'affection morbilleuse. Est-elle salutaire ou bien est-elle fâcheuse? c'est ce qu'il est impossible de décider.

M. Rayer croit que cette influence est salutaire, et il se fonde sur le fait d'une jeune fille qu'il a soignée, et qu'il a vue guérir d'un eczéma chronique du cuir chevelu, de la face et des oreilles à la suite de la maladie dont il est question. On pourrait, au contraire, regarder cette influence comme très fâcheuse, si l'on en jugeait par les deux exemples rapportés par Alibert, et dans lesquels on a vu la mort survenir rapidement chez des enfants guéris par la rougeole d'un impétigo du cuir chevelu. Comme on le voit, la question n'est pas suffisamment éclairée par l'expérience, et il est nécessaire d'attendre de nouveaux faits pour se prononcer à son égard.

Les accidents thoraciques qui se développent si fréquemment à la suite de la rougeole témoignent de son influence *éloignée* sur la constitution des enfants. Que de fois, en effet, n'a-t-on pas vu, après la bronchite morbilleuse, les tubercules pulmonaires se développer chez des sujets qui ne paraissaient pas y être prédisposés! Que de fois aussi n'a-t-on pas vu sous cette influence l'affection tuberculeuse, latente chez les enfants, prendre un nouvel essor et marcher avec une rapidité inattendue! C'est qu'en effet la rougeole exerce une véritable influence sur le développement des tubercules pulmonaires et accélère de beaucoup la marche de cette affection chez les enfants qui en sont atteints.

Quel est dans ce cas le mécanisme de la tuberculisation ? Si l'on réfléchit qu'il y a une rougeole cutanée et une rougeole interne bronchique amenant l'une et l'autre la rénovation de l'épiderme et de l'épithélium, il devient évident que la desquamation bronchique, laissant au milieu des vésicules pulmonaires des amas de cellules épithéliales faisant office de corps étrangers, il y a là une cause de tuberculisation incontestable. Les cellules épithéliales détachées par la rougeole bronchique agissent sur les poumons de la même façon que peuvent agir les poussières végétales et minérales. Chaque amas devient le point de départ d'une granulation demi-transparente fibro-plastique, réagissant d'inflammation, et plus tard ces granulations se transforment en véritable matière tuberculeuse.

Causes.

La rougeole se montre à l'état sporadique ou épidémique, chez l'enfant et chez l'adulte, chez l'homme comme chez la femme.

Elle règne surtout à l'état épidémique, et alors sa cause est très difficile à déterminer.

Il est souvent bien difficile de remonter aux causes des épidémies qui viennent s'abattre sur les cités populeuses. On est réduit à invoquer vainement les modifications plus ou moins fréquentes de la température, les modifications de composition de l'atmosphère ; on se perd en conjectures, et il faut en définitive confesser l'impuissance de nos recherches. Sauf de rares exceptions, il est impossible de trouver la cause de l'épidémie et souvent de connaître son origine.

Cela se comprend, et il ne saurait en être différemment dans les grandes villes. Comment savoir, à Paris, si un enfant aujourd'hui affecté de rougeole n'a pas été en contact plus ou moins éloigné avec un autre enfant atteint par cette maladie ? De quelle manière apprendre qu'il s'est approché d'un foyer d'infection ? Est-ce possible ? Assurément non. Et de même pour quantité d'autres maladies épidémiques.

Combien d'affections de cette nature, déterminées par la contagion, qui sont regardées par les médecins comme des maladies sporadiques ! Ces erreurs sont journalières, et il n'est personne qui puisse se flatter de ne les point commettre.

C'est que le théâtre d'observation est si vaste, que la vue d'un homme ne saurait l'embrasser. Il faut, pour étudier avec fruit la marche d'une épidémie et pour en donner une description convenable ; il faut, dis-je, se placer dans une localité circonscrite où l'on puisse tout voir et tout apprécier. Alors on connaît la source des premiers accidents ; on les suit dans leur manifestation sur toutes les personnes soumises à l'influence infectieuse, et on les voit disparaître pour toujours ou pour se reproduire en d'autres lieux. Le dénombrement de la population est facile, et l'on achève en évaluant le nombre des victimes pour le comparer au nombre des personnes qui ont joui de l'immunité.

La rougeole est éminemment contagieuse, directement ou indirectement, par contact ou à distance, par l'intermédiaire de l'atmosphère.

L'affection morbilleuse est une des maladies épidémiques qui répandent au loin l'infection sans avoir besoin du contact direct. Elle lance autour d'elle et à sa suite d'impalpables émanations qui empoisonnent ceux qui les respirent. La contagion s'opère dans l'espace et dans un rayonnement qu'il est impossible d'apprécier. C'est cette variété de contagion que les épidémiographes ont appelée contagion immédiate ou indirecte.

Dans l'épidémie que j'ai observée à l'hôpital Necker, les choses se sont passées de cette manière. Peu après l'arrivée d'une rougeole dans une salle où se trouvaient d'autres enfants, un grand nombre d'entre eux, sans avoir communiqué avec le malade, se trouvèrent atteints par cette affection. Il faut bien considérer la venue du premier enfant comme la cause de tout le mal, et, en un mot, comme l'origine de l'épidémie qui a frappé sur tous les enfants, à l'exception d'un seul, placés au milieu du foyer d'infection.

L'épidémie, née de la contagion, renfermée entre quatre murailles, ne saurait se prêter aux spéculations, excellentes d'ailleurs, faites pour en expliquer les causes, d'après l'étude de la température et de la composition de de l'air, de la direction des vents et de l'état électrique de l'atmosphère. Ces recherches, dont Hippocrate et beaucoup de médecins ont tiré si grand parti, nous paraissent au moins superflues dans quelques circonstances. En voici la preuve à l'hôpital Necker :

Deux salles d'hôpital sont voisines, séparées par une faible cloison ; toutes deux tirent jour sur les mêmes jardins ; elles ont la même atmosphère, la même température, le même vent et la même électricité. La rougeole se développe dans l'une et frappe sur la presque totalité de sa population, qui se renouvelle et qui va être de nouveau ravagée. Malgré d'incessantes communications, elle ne se développe pas dans l'autre. D'où vient cette anomalie ? Les influences extérieures sont cependant les mêmes. Si elles pouvaient quelque chose sur l'apparition de l'épidémie, on aurait bien pu le constater. Leur action, ayant été nulle, peut être considérée comme non avenue, et nous revenons à la contagion dont nous avons parlé.

Il ne suffit pas de démontrer l'existence d'une cause, il faut encore expliquer son action. Ainsi nul doute qu'un virus morbilleux ne fût répandu dans l'atmosphère de notre salle lors de l'apparition de l'épidémie. Mais je me demande ce qu'est devenu ce virus, et comment il a pu s'éteindre. Pour les malades, je m'interroge dans le but de savoir comment les uns ont été préservés, et les autres pris par la rougeole au bout d'un temps variable. C'est, en un mot, faire l'histoire de la prédisposition,

Parlons d'abord du virus, ce sera vite terminé. Quoique impalpable, son existence est certaine et généralement admise. Dans l'épidémie dont je parle, il m'a paru avoir une action sans cesse décroissante. En effet, toute la population de la salle, moins deux enfants, a été frappée. De nouveaux sujets sont

venus remplacer les premiers, et deux seulement prirent la rougeole à de longs intervalles, puis tout cessa. En serait-il de même des virus qui frappent à distance comme des virus que l'on inocule, et ne pourrait-on pas croire qu'ils s'affaiblissent en se divisant? Je le pense, et compare l'action du virus morbilleux absorbé par les voies aériennes ou cutanées, à une véritable inoculation. L'enfant atteint de rougeole empoisonne un certain nombre de ceux qui l'entourent, parce qu'il a formé un foyer d'infection considérable. A la seconde génération, ce foyer est moindre; il diminue encore à la troisième, à la quatrième peut-être, pour disparaître enfin définitivement. Je ne présente ces idées que comme des hypothèses auxquelles il faut ajouter peu d'importance; mais elles me paraissent rendre compte de la disparition d'une épidémie qui se développe dans un hôpital, un pensionnat, ou dans toute autre localité. C'est pour cette raison que j'ai cru devoir les avancer.

Si l'on fait la part du virus qui infecte les malades, il faut aussi parler de la résistance apportée par les malades à l'action du virus.

Le temps d'incubation n'est pas le même chez tous les enfants. Il est de douze, de vingt et un, de vingt-cinq et de vingt-neuf jours, suivant les sujets.

Un enfant, au début de l'épidémie, n'est pas frappé par elle. Il en est de même d'un grand nombre d'autres vers sa terminaison.

Ces différences dans l'apparition de la maladie et dans la résistance à la contracter sont le résultat de la faiblesse du virus morbilleux ou de la prédisposition des enfants. Tout n'est qu'hypothèse à l'égard du virus, nous n'y reviendrons pas; mais la prédisposition des sujets est beaucoup plus importante à mentionner.

Il est évident que les enfants doivent à la prédisposition individuelle l'immunité dont ils jouissent au milieu du foyer d'infection. C'est un phénomène inexplicable, il est vrai, mais il est admis par tous les médecins, et se trouve justifié par un grand nombre d'observations prises dans toutes les épidémies. Seul, il peut rendre compte du temps plus ou moins long que la maladie met à se développer chez les enfants soumis au même moment à l'influence contagieuse. Nous ajouterons qu'il faut, avec la prédisposition naturelle, faire la part de la disposition accidentelle des individus. Ainsi, je crois cette remarque très fondée : les sujets atteints d'une maladie, pendant qu'ils demeurent dans le foyer d'infection, sont moins soumis à l'influence du principe contagieux. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, et c'est ce qui explique les différences si remarquables d'incubation que j'ai citées. Il en est ainsi de la plupart des malades dont on cite les exemples comme fort extraordinaires, et qui n'ont été atteints, dans les salles d'hôpital où la rougeole régnait épidémiquement, qu'au bout de quarante, cinquante et même soixante jours.

En résumé, la rougeole est produite par la transmission, d'un enfant à un autre, d'un principe contagieux de nature spéciale, dont l'essence nous est inconnue et ne nous est révélée que par ses effets sur l'organisme : c'est une maladie *infecto-contagieuse*. Son incubation est modifiée par la prédisposition

naturelle, toute normale, de certains enfants, et par la prédisposition qu'un état morbide antérieur donne aux autres.

§ II. — Des rougeoles anomales.

Ces rougeoles diffèrent de la rougeole vulgaire par les symptômes fonctionnels et anatomiques qu'elles présentent. Ainsi, certains enfants atteints de rougeole n'ont point de catarrhe bronchique ni d'ophthalmie morbilleuse ; d'autres offrent des symptômes généraux fébriles fort intenses et des symptômes nerveux très graves. Il en est qui présentent une éruption rubéolique singulière, caractérisée par un exanthème très foncé en couleur et presque noir, entremêlé, chez quelques sujets, d'ecchymoses cutanées, véritables hémorrhagies de la peau semblables à celles du *purpura simplex*, parsemé, chez d'autres, d'un grand nombre de taches saillantes, comme papuleuses. Ici l'éruption tend beaucoup à se manifester et s'évanouit presque aussitôt après son apparition ; ailleurs, enfin, elle ne paraît point, et cependant on observe chez les malades tous les autres symptômes de la rougeole.

Comme on le voit, l'affection morbilleuse présente un grand nombre de modifications qui sont importantes à connaître, et qu'on ne saurait étudier avec trop d'attention pour ne pas commettre d'erreur de diagnostic à leur égard.

La rougeole sans catarrhe (*rubeola sine catarrho ; spuria vel incocta*, Willan) se rencontre surtout dans les épidémies de rougeole. On voit des enfants qui présentent une éruption dont les apparences extérieures et la marche sont les mêmes que celles de la rougeole vulgaire. Il paraît, d'après Willan, qu'un intervalle de plusieurs mois sépare quelquefois cette éruption du développement de la rougeole vulgaire, mais le plus souvent celle-ci se manifeste trois ou quatre jours après l'éruption non fébrile. M. Rayer a plusieurs fois observé cette rougeole sans catarrhe. « Il a vu plusieurs enfants d'une même famille, habitant le même appartement, couchant souvent dans la même chambre, être atteints d'une rougeole catarrhale fortement dessinée, hors un seul d'entre eux, dont la maladie offrait les symptômes du premier stade de la rougeole et ceux de l'éruption, moins les phénomènes de la bronchite. Ces rougeoles *sans catarrhe*, considérées comme effet d'une cause épidémique, sont-elles les analogues des varicelles observées dans les épidémies de variole ? Il est difficile de distinguer les rougeoles sans catarrhe de certaines roséoles autrement que par leur cause ; toute distinction entre elles est impossible lorsqu'elles sont sporadiques (1). »

Les rougeoles *malignes* sont celles qui se distinguent par l'intensité de leurs symptômes généraux fébriles, ou qui sont accompagnées de phénomènes nerveux très graves, tels que des convulsions. Elles sont fort rares.

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, p. 817, art. Rougeole.

et l'on ne peut empêcher la sortie des pustules sur la peau que dans une très petite étendue.

287. La broncho-pneumonie est une complication très fréquente et très malheureuse de la variole des enfants.

288. Pour traiter convenablement une variole simple, discrète et régulière, il faut s'abstenir de toute médication énergique, et se contenter de prescrire le repos et les boissons émollientes au milieu d'une atmosphère pure, douce et tempérée.

289. On doit toujours faire avorter les pustules du visage avec les onctions mercurielles ou l'emplâtre de Vigo ramolli.

290. Les complications de la variole exigent seules une intervention énergique et immédiate du médecin.

CHAPITRE III.

DE LA VARIOLOÏDE.

On donne le nom de *varioloïde* à une éruption cutanée pustuleuse et contagieuse, de nature variolique, sans fièvre secondaire, pouvant naître de la variole et la produire, et dont la durée est d'une à deux septaines.

Il faut admettre trois sortes de varioloïdes : les varioloïdes pustuleuses ombiliquées, globuleuses et conoïdes. Toutes les trois se développent chez des individus vaccinés, au moment des épidémies de variole, et quelquefois aussi en dehors de ces épidémies. La varioloïde ombiliquée est la plus importante à connaître, car elle offre de grandes analogies avec l'éruption variolique, et il est souvent difficile de les distinguer l'une de l'autre.

La varioloïde n'apparaît qu'après deux ou trois jours de prodromes, qui sont caractérisés chez les jeunes enfants par de la fièvre, des malaises, une agitation inaccoutumée, et quelquefois par des troubles gastriques, les vomissements par exemple. Quelques enfants présentent d'abord une éruption de roséole, et ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que se manifestent les pustules spéciales à la maladie qui nous occupe.

Des taches rouges s'aperçoivent d'abord au front, sur les membres, et enfin sur le corps. Elles font bientôt une saillie considérable, et se présentent alors avec le caractère pustuleux qui leur est propre. Leur nombre n'est jamais bien considérable. Chez quelques malades elles restent acuminées ou plus ou moins arrondies; chez d'autres elles offrent une dépression centrale semblable à celle des pustules varioliques.

Ces pustules s'accroissent et ont acquis le maximum [illegible] vers le cinquième ou septième jour. Alors elles sont [illegible] inflammatoire sans gonflement de la peau, co[illegible] ion s'établit imparfaitement dans leur intérie[illegible]

Ces soins sont fort importants et l'on aurait grand tort de les négliger. La précaution de ne pas trop couvrir les malades est surtout nécessaire. On a l'habitude de les surcharger de couvertures pour faciliter la sortie de la rougeole, et il en résulte une fluxion telle de la peau, qu'elle devient le siége d'une éruption secondaire qui cause de vives souffrances aux enfants.

Dans la période d'invasion de la rougeole, les moyens que je viens d'indiquer sont les seuls utiles. Il faudra, dès ce moment, surveiller le rapport de la toux aux lésions thoraciques, pour combattre la phlegmasie pulmonaire à sa naissance, si elle était près de se déclarer. Lorsque la toux n'est qu'un symptôme incommode de cette période du mal, il faut administrer, suivant le conseil de Sydenham, le sirop diacode, en potion ou dans la tisane, à la dose de 10 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures.

La période d'éruption ne réclame pas de moyens différents de ceux qu'on emploie dans la période précédente. Quelques médecins ont conseillé l'usage des boissons diaphorétiques, et ont recommandé de tenir les enfants au milieu d'une température assez élevée. Ces moyens sont inutiles, et même je les crois nuisibles.

Lorsque l'éruption sort avec peine ou disparaît tout à coup, et que des accidents succèdent à cette disparition, il faut essayer de rappeler l'exanthème. L'urtication, les frictions irritantes sur le corps, les sinapismes, les vésicatoires, etc., sont les moyens convenables dans la circonstance.

Dans la période de déclin, il faut encore rester le simple observateur de la nature : seulement, comme chez plusieurs malades la toux persiste et devient inquiétante, on essaye de la calmer avec les potions gommeuses et l'usage des boissons émollientes.

Après la rougeole, il y a des médecins qui donnent un purgatif aux enfants, parce que, disent-ils, la diarrhée qui paraît naturellement chez certains malades est un phénomène critique avantageux, et que quand la crise n'a pas eu, il faut la déterminer par un laxatif.

Il est fort important que les malades guéris de la rougeole ne sortent pas trop tôt, si l'on ne veut les exposer à contracter une phlegmasie pulmonaire.

Le traitement que je viens d'indiquer, et que j'ai l'habitude de prescrire, doit nécessairement subir quelques modifications chez les enfants qui sont affectés des maladies intermittentes mentionnées au chapitre des complications.

La phlegmasie pulmonaire, la plus fréquente des maladies qui surviennent dans le cours de la rougeole, doit être combattue dès son apparition par l'ipécacuanha à dose vomitive. Cette substance présente de grands avantages chez les enfants à la mamelle, car elle facilite l'expectoration, impossible à cet âge. Il est important de remplir cette indication au début de la phlegmasie, dont la marche peut ainsi être arrêtée. Le vomissement a pour résultat matériel et immédiat de diminuer l'engouement bronchique, et pour résultat plus éloigné, il diminue la congestion pulmonaire en rendant l'hématose plus facile.

et l'on ne peut empêcher la sortie des pustules sur la peau que dans une très petite étendue.

287. La broncho-pneumonie est une complication très fréquente et très malheureuse de la variole des enfants.

288. Pour traiter convenablement une variole simple, discrète et régulière, il faut s'abstenir de toute médication énergique, et se contenter de prescrire le repos et les boissons émollientes au milieu d'une atmosphère pure, douce et tempérée.

289. On doit toujours faire avorter les pustules du visage avec les onctions mercurielles ou l'emplâtre de Vigo ramolli.

290. Les complications de la variole exigent seules une intervention énergique et immédiate du médecin.

CHAPITRE III.

DE LA VARIOLOÏDE.

On donne le nom de *varioloïde* à une éruption cutanée pustuleuse et contagieuse, de nature variolique, sans fièvre secondaire, pouvant naître de la variole et la produire, et dont la durée est d'une à deux septaines.

Il faut admettre trois sortes de varioloïdes : les varioloïdes pustuleuses ombiliquées, globuleuses et conoïdes. Toutes les trois se développent chez des individus vaccinés, au moment des épidémies de variole, et quelquefois aussi en dehors de ces épidémies. La varioloïde ombiliquée est la plus importante à connaître, car elle offre de grandes analogies avec l'éruption variolique, et il est souvent difficile de les distinguer l'une de l'autre.

La varioloïde n'apparaît qu'après deux ou trois jours de prodromes, qui sont caractérisés chez les jeunes enfants par de la fièvre, des malaises, une agitation inaccoutumée, et quelquefois par des troubles gastriques, les vomissements par exemple. Quelques enfants présentent d'abord une éruption de roséole, et ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que se manifestent les pustules spéciales à la maladie qui nous occupe.

Des taches rouges s'aperçoivent d'abord au front, sur les membres, et enfin sur le corps. Elles font bientôt une saillie considérable, et se présentent alors avec le caractère pustuleux qui leur est propre. Leur nombre n'est jamais bien considérable. Chez quelques malades elles restent acuminées ou plus ou moins arrondies; chez d'autres elles offrent une dépression centrale semblable à celle des pustules varioliques.

Ces pustules s'accroissent et ont acquis le maximum de leur développement vers le cinquième ou septième jour. Alors elles sont entourées d'une petite auréole inflammatoire sans gonflement de la peau, comme dans la variole. La suppuration s'établit imparfaitement dans leur intérieur, ou ne s'établit pas du

ée à un homme de même âge et mélancolique, eut au bout de trois se-
es la fièvre quarte et quelque temps après devint grosse. Elle conserva
fièvre tout le temps de sa grossesse, et elle accoucha à terme au milieu
accès. Sa fille prit la fièvre en sa place, et elle dura jusqu'à la mort au
de vingt-deux mois. Cette enfant, extrêmement maigre, avait le ventre
ros et distendu par une tumeur descendant de l'hypochondre gauche à la
a inguinale du même côté. Le docteur Delabarre fit l'autopsie et put
ater que cette tumeur n'était autre chose que *la rate occupant tout cet*
e et pesant neuf livres. — Reil affirme aussi que les femmes qui gué-
t de la fièvre quarte dans l'accouchement ont des enfants affectés de la
maladie. Mais un de mes anciens condisciples, M. Burdel, qui exerce
decine dans cet affreux pays de la Sologne où « sur cent enfants il y en
xante-dix de languissants par l'intoxication paludéenne » dit que pendant
ans, il n'a pas vu une seule fois un enfant né d'une mère impaludée
rter en naissant des symptômes de fièvre intermittente (1).

a fièvre intermittente s'observe chez les enfants de tous les âges ; elle se
eloppe dans des conditions absolument semblables à celles qui président au
eloppement de la fièvre intermittente des adultes. A Paris, on la rencontre
les enfants à la mamelle, élevés dans une habitation malsaine, humide et
éclairée, chez ceux dont l'alimentation est mauvaise. C'est donc là une
die des classes pauvres. Elle s'observe chez les enfants indigènes des *con-*
marécageuses et chez ceux qui ont été envoyés en nourrice dans ces
Ainsi elle est très commune dans l'Orléanais et dans le Berri, provinces
fournissent un grand nombre des nourrices de Paris. Elle se présente sous
me de *fièvre intermittente simple* et quelquefois de *fièvre intermittente*
icieuse. MM. Sémanas, Putégnat, Alexandre, Liégey, en ont rapporté des
ples. M. Blachez a aussi publié un fait de fièvre pernicieuse *larvée* ca-
risée par des convulsions chez un enfant de six mois ayant séjourné dans
ys marécageux et dont la mère avait la fièvre intermittente quotidienne.
observation laisse un peu à désirer. Il serait possible que M. Blachez
ris une éclampsie ordinaire, maladie intermittente, pour une affection
léenne larvée, et il faudrait d'autres observations que celle-là pour mettre
t hors de doute.

e nourrice affectée de fièvre intermittente peut-elle la communiquer par
ion à l'enfant qui lui serait confié? J. Frank l'affirme de la façon la plus
ve. Cela n'est pas démontré. Gardien et M. Burdel, qui ont cherché la
cation de ce fait, le nient de la façon la plus formelle.

M. Boudin, Ebrard et Laranza en ont rapporté des exemples qu'ils regar-
comme péremptoires, mais qui ne m'ont pas entièrement convaincu. Un
us remarquables appartient à M. Boudin, mais selon moi il est loin d'être
ant et ne saurait être accepté sans critique. Une femme de militaire,
llement arrivée d'Afrique et *jouissant d'une bonne santé*, accouche en

(1) *Recherches sur les fièvres paludéennes*, 1857.

France ; au troisième jour de l'allaitement, il se déclare chez l'enfant une fièvre paludéenne qui ne cède qu'à l'emploi du sulfate de quinine. Il me paraît difficile de voir dans cette nourrice en bonne santé et arrivant d'Afrique, pays de fièvre, la cause de la fièvre intermittente de l'enfant. Dans le fait de M. Lacanza, une femme atteinte de fièvre intermittente depuis treize jours nourrissait son enfant âgé de dix mois. Au quatorzième jour, cet enfant avait déjà la rate hypertrophiée, est pris de fièvre intermittente quotidienne qui, bien traitée, guérit au bout de quinze jours. Évidemment rien ne prouve que le nourrisson ait été empoisonné par le lait; il peut très bien avoir contracté la fièvre au même moment et dans le même endroit que sa mère, et la preuve c'est que dès le premier accès de fièvre on lui trouva déjà une hypertrophie de la rate. Ces faits n'ont pas la signification qu'on leur donne, et il en faudra fournir d'autres un peu plus concluants si l'on veut établir ce point d'étiologie.

J'ai eu l'occasion d'observer vingt-deux exemples de fièvre intermittente: quatre à l'hôpital Necker, sept à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans mon service, et onze en ville. La plus grande attention m'a été nécessaire pour arriver à un diagnostic précis. Dans un cas, chez un enfant de deux ans, je me suis complétement trompé, et n'ai reconnu la nature du mal que sur la table de l'amphithéâtre, au moment de la nécropsie. L'enfant, mort anémique et légèrement infiltré, sans albuminurie, n'avait pas présenté de phénomènes fébriles intermittents, ou du moins ces phénomènes n'avaient pas été appréciés, et il avait une rate hypertrophiée longue de 15 centimètres sur 8 de large, épaisse de 4, rouge écarlate, dure, comme hépatisée, et les reins hypertrophiés étaient les seuls organes qui fussent le siége d'un purpura hémorrhagique, bien caractérisé. L'hémorrhagie superficielle était toute dans la substance corticale.

Symptômes.

Les jeunes enfants atteints de la fièvre intermittente simple sont souvent petits, maigres et fort peu développés pour leur âge. Un de ceux que j'ai vus avait dix-huit mois, c'est tout au plus si on lui en aurait donné six. Leurs chairs sont molles, leur peau est flasque, d'un blanc jaunâtre, leurs gencives sont décolorées, leur ventre très volumineux, et l'hypochondre gauche renferme une tumeur mobile, assez grosse, quelquefois apparente, et qui est formée par *la rate hypertrophiée*. La percussion est inutile à employer pour fixer les limites de cet organe ; car, vu l'état de maigreur des enfants et le peu d'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, la rate fait saillie et se dessine fort bien au-dessous de la peau. On la voit changer de place à chacun des mouvements de l'enfant ; on la repousse et on la fait disparaître à volonté au moyen de la pression des doigts. Il est donc impossible de méconnaître cette augmentation de volume, et ici l'œil peut suppléer avantageusement la percussion. Cela est tellement vrai, que l'on peut circonscrire la rate ainsi hypertrophiée, et marquer avec le crayon de nitrate d'argent la place qu'elle occupe sous la peau.

Dans quelques cas le foie acquiert un volume considérable, je n'en ai pas observé d'exemple, mais c'est un fait signalé par M. Schnitzer (1), et il faut en tenir compte.

La fièvre intermittente jette les jeunes enfants dans un état de profonde cachexie; bien qu'il n'y ait pas d'albumine dans les urines, leurs jambes s'infiltrent de sérosité ; et il s'opère dans la peau des hémorrhagies cutanées, de véritables pétéchies, assez larges pour prendre le nom de *pourpre hémorrhagique*. Le premier malade qui s'est offert à mon observation présentait ces deux phénomènes d'infiltration et d'hémorrhagie.

Il est possible qu'un jour on rencontre chez des malades le complément de ces états morbides, c'est-à-dire la suffusion séreuse générale, jointe à l'œdème des jambes, ou les hémorrhagies des muqueuses réunies aux hémorrhagies de la peau.

Je n'ai pu trouver au cœur et dans les vaisseaux les bruits qui caractérisent l'anémie, mais on conçoit qu'ils aient pu m'échapper. En effet, l'auscultation du cœur est assez difficile chez les jeunes enfants, pour que ces bruits n'aient pas frappé mon oreille. L'exploration du cœur agite si violemment les petits malades, qu'il est impossible d'en tirer aucun profit.

Tels sont les symptômes généraux que présentent les enfants à la mamelle, atteints de fièvre intermittente simple. Les symptômes de réaction fébrile sont également bien caractérisés. La fièvre revient par accès plus ou moins violents, toujours très irréguliers, entre lesquels la santé paraît être assez bonne, sauf un certain nombre de complications spéciales.

Dans la *fièvre intermittente pernicieuse*, qui est très rare, dont MM. Semmas, Putégnat, Alexandre (de Sparte) et Liegey, Guiet, Burdel, ont observé des exemples, les enfants ont des accidents *comateux*, *convulsifs* ou *diarrhéiques* intermittents, mais il est bien difficile de formuler un diagnostic exact. J'ai vu un de ces exemples à Paris, sur l'enfant du docteur Galtier, et le sulfate de quinine m'a très bien réussi. A Corinthe, la fièvre pernicieuse a été observée par le docteur Alexandre (de Sparte), sur des enfants de quatre à dix ans. Il régnait alors une épidémie de fièvre intermittente pernicieuse *épileptique :* cela veut dire éclamptique. Après quelques accès de fièvre intermittente ordinaire, les enfants étaient pris de perte de connaissance, de convulsions, de crampes cloniques et froid aux extrémités : le pouls était petit, à peine sensible, le visage pâle, et il venait souvent de l'écume à la bouche. Il employa d'abord le sulfate de quinine par la méthode endermique sur un vésicatoire, mais ce traitement n'agissait pas assez vite. Après avoir perdu un malade sur quatre, il eut recours aux lavements de quinine, de laudanum et d'asa fœtida, trois de suite à une heure d'intervalle, et il combattait par des sangsues la congestion du foie et de la rate. Depuis ce moment tous ses malades guérirent. Ces faits sont fort curieux et doivent restés gravés dans la mé-

(1) *Union médicale*, 1849.

donner naissance à la varicelle; cela semblerait établir une identité de nature entre les deux maladies, mais il n'y a rien de catégoriquement démontré à cet égard. Il y a même des faits qui sont en complète opposition avec cette manière de voir. Ainsi le docteur Roebbelen a rapporté (1) l'observation d'un garçon d'un an non vacciné qui, après avoir subi une variole intense et confluente, fut pris un mois après la guérison d'une varicelle bien caractérisée. Si les deux maladies étaient de nature identique, elles n'auraient pu se succéder ainsi à une courte distance.

Le diagnostic de la varicelle n'est pas difficile. En effet, il n'est pas de maladie cutanée qui présente ce caractère des vésicules éparses et isolées de la varicelle. Elle se rapproche du pemphigus, lorsqu'elle apparaît d'emblée par une petite bulle non entourée d'un cercle inflammatoire; mais les bulles du pemphigus sont toujours plus grosses et moins nombreuses que les bulles de varicelle. En outre, la varicelle ne présente pas d'une manière générale le caractère d'éruption bulleuse dont nous avons parlé; on rencontre chez le même malade des vésicules bien caractérisées, ce qui n'a pas lieu dans le pemphigus.

Le traitement de la varicelle est fort simple : il faut mettre les enfants à l'abri du froid et leur donner quelques boissons émollientes diaphorétiques, sans se préoccuper de la terminaison de la maladie, qui est constamment heureuse.

CHAPITRE V.

DE LA SCARLATINE.

La scarlatine est une fièvre éruptive contagieuse, épidémique, caractérisée par la présence d'un exanthème spécial disposé sous forme de teinte écarlate pointillée de rouge, étendue sur la peau et sur la muqueuse du pharynx. Dans beaucoup de cas, l'éruption se propage sur les muqueuses du nez, des bronches, des voies digestives et urinaires, constituant ce que l'on pourrait appeler une *scarlatine interne* par opposition à la *scarlatine externe* qui a la peau pour siége principal.

Causes.

La scarlatine est bien plus fréquente que la variole dans les premières années de la vie. On n'en a cependant jamais vu d'exemples chez le nouveau-né. Elle ne se montre guère que vers la fin de la première année. Mais son maximum de fréquence paraît être entre cinq et dix ans. Passé cette époque, elle est de plus en plus rare, mais elle se rencontre également chez l'adulte. Elle s'observe indistinctement chez les garçons et chez les filles. C'est une maladie *épidémique*, surtout dans les pensionnats et dans les hôpitaux de l'enfance. Elle se développe quelquefois *sporadiquement*. La scarlatine est conta-

(1) *Deutsche Klinik*, 1855, n° 28.

établir d'une manière incontestable que, chez les enfants à la mamelle, la fièvre intermittente offre le type quotidien.

Quoi qu'il en soit donc, les accès se montrent chaque jour; ils apparaissent à des heures différentes. Ils offrent trois périodes, mais une seule est bien caractérisée. Les frissons, tels qu'il faut les comprendre, manquent généralement; ils sont remplacés par une sorte de concentration des forces qui n'échappe point à un médecin éclairé. La chaleur qui succède est très vive; c'est là le symptôme qui frappe les mères, c'est celui qu'elles indiquent au médecin. La sueur se manifeste ensuite, mais elle est peu abondante.

Lorsque l'accès de fièvre commence, le pouls se resserre, disparaît sous les doigts, et leur échappe à ce point qu'il est difficile de spécifier sa présence; la face pâlit, le nez se pince, les lèvres se décolorent, la peau se grippe, et les ongles bleuissent. Les mains sont froides, mais la température de l'haleine ne paraît pas modifiée. Si la sensation du froid existe, ce dont il est impossible de douter, elle ne se traduit pas au dehors par un tremblement général. C'est en cela que la fièvre intermittente des jeunes enfants diffère de la fièvre intermittente des enfants du second âge, et c'est ce qui rend difficile le diagnostic de la maladie. Cette anomalie cesse dans le courant de la troisième année; car j'ai observé les frissons intermittents chez un sujet de deux ans et demi.

Je n'ai pas vu assez d'enfants dans le cours de la période de concentration des forces pour en connaître la durée. Il me serait même impossible de me prononcer à cet égard, car les renseignements qui m'ont été fournis par les mères sont insuffisants. La plupart d'entre elles n'avaient fait aucune attention aux phénomènes qui signalent le début de l'accès fébrile, ou étaient incapables d'en rendre compte.

A cette période succèdent des phénomènes de calorification, que l'on prendrait facilement pour le commencement de la fièvre, si l'on n'observait pas avec une grande attention. Les enfants deviennent rouges et brûlants; la peau est sèche; le pouls s'élève et acquiert une force qu'il n'avait pas dans la période précédente, où il était difficile à saisir. Il s'élève à 120 et 130 pulsations. Au bout d'une heure ou d'une heure et demie, la chaleur s'apaise et la sueur commence; elle n'est pas très forte : c'est plutôt de la moiteur qu'une transpiration véritable.

Ces deux dernières périodes réunies sont, en général, les seules dont on parle au médecin. Les mères disent : A telle heure, hier, mon enfant est devenu brûlant, et il a eu ensuite une sueur légère; ces accidents ont duré environ deux heures, puis tout a disparu. Il faut alors s'informer avec soin de la succession des phénomènes, et faire observer, ou observer soi-même, la période qui précède l'apparition de la chaleur.

L'urine des enfants à la mamelle atteints de fièvre intermittente renferme toujours une notable quantité de glycose, d'après M. Burdel. C'est un fait que j'ai recherché sans y réussir. Autrement l'urine ne présente pas de modifications bien appréciables. Quoiqu'il soit difficile de la recueillir, on pourrait

que paraît la fièvre d'invasion, une attaque d'éclampsie ouvre la march accidents.

Au bout de quelques heures, dans la scarlatine bénigne, d'une demi-née, de vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, l'*éruption* appa se montre d'abord au cou, puis à la face et sur le reste du corps.

De petits points rouges plus ou moins nombreux apparaissent çà et multiplient et se confondent en s'élargissant, pour former des tache grandes, de dimension variable, sans relief à la peau, et dont la couleu paraît momentanément sous le doigt pour revenir dès que la pression a Ces taches sont d'abord isolées, puis se multiplient, se réunissent, et, de confluentes, couvrent la surface du corps d'une teinte écarlate presqu forme et générale.

La rougeur de cet exanthème est toujours très foncée : elle ap souvent de la couleur du jus de framboises, ou de mûres écrasées, et ell aux différentes époques du jour. D'après les observations de M. Raye serait plus foncée le soir que le matin au lever du soleil.

L'exanthème scarlatineux a cela de particulier et de caractéristiqu disparaît momentanément et passagèrement, pendant une minute, par tion de la peau. J'ai utilisé ce phénomène pour créer un signe diagn spécial de la scarlatine, car il suffit de tracer très légèrement, avec le b doigt, ou avec l'ongle, une raie sur un exanthème douteux pour faire raître *une rayure blanche* tout à fait significative. Il ne se fait rien de blable dans la rougeole, l'érysipèle et les autres éruptions cutanées. O ainsi écrire, sur la cuisse d'un malade, le diagnostic de la maladie a bout d'un crayon légèrement appuyé sur la peau. Vingt fois dans mes clin écrivant ainsi légèrement le mot *scarlatine* sur l'épiderme, j'ai fait voir les lettres de ce mot écrites en blanc et rester une ou deux minutes ex aux yeux de l'observateur. C'est ce que j'ai appelé la *rayure scarlati* Elle résulte de la contractilité du derme sous l'influence du frottement tractilité exagérée des capillaires qui chasse momentanément le sang d intérieur. Il ne se fait rien de semblable dans la rougeole ni dans les exanthèmes, parce que dans ces affections l'hypérémie cutanée est tou perficielle et que les capillaires à demi paralysés sont peu contractiles. I tractilité exagérée des capillaires de la peau se traduisant par la *rayure b* sur l'exanthème peut donc être considérée comme un symptôme de la scar

L'exanthème de la scarlatine s'étend ordinairement sur tout le co peut cependant n'en couvrir qu'une partie ; la peau est quelquefois en temps couverte de quelques papules, mais bien plus souvent de vé *incolores* et *opalines*, ce qui constitue la *scarlatine miliaire*.

En même temps que l'éruption occupe la peau, une éruption de nature, mais bien plus fâcheuse, se développe souvent dans la bouch pharynx. La muqueuse de ces parties est pointillée de rouge, injectée de quelquefois couverte de flocons pultacés, ou de fausses membranes

neuses peu résistantes; les amygdales sont tuméfiées, quelquefois ulcérées à leur face interne; la langue est elle-même gonflée, rouge et toute dépouillée sur ses bords : c'est l'*angine scarlatineuse*, affection qui devient exceptionnellement fort grave et souvent mortelle. J'en parlerai un peu plus loin. C'est une des formes de la *scarlatine interne*.

La peau est sèche, très chaude, et sa température augmentée s'élève jusqu'à 38 et 40 degrés centigrades. La fièvre reste aussi vive que dans la première période et le pouls est toujours très vif et très agité.

Au bout de deux à trois jours l'éruption commence à pâlir, et elle disparaît graduellement en même temps que la miliaire sèche et s'écaille. Alors commence la *desquamation*, qui dure de six à dix jours. Elle est quelquefois peu considérable, mais ordinairement elle amène la rénovation de tout l'épiderme qui se détache sous forme de larges lambeaux, tandis que dans la rougeole, comme nous le verrons, ce n'est qu'une desquamation fine, dite furfuracée.

La scarlatine *régulière* se montre sous la forme que je viens d'indiquer, et se termine généralement bien, lorsque les enfants sont dans l'intérieur de leur famille et convenablement soignés. Mais dans les hôpitaux d'enfants, la scarlatine, même régulière, peut se porter à l'intérieur sur les muqueuses du pharynx, des intestins, de la vessie, des reins, sur les viscères, etc. Elle est fort souvent suivie de complications fâcheuses qui sont très graves et qui entraînent la mort de la moitié des enfants affectés.

La scarlatine est dite *irrégulière* quand les symptômes de l'invasion manquent ou sont fort peu prononcés, quand l'éruption est très pâle, ou très foncée, noire, hémorrhagique; quand il n'existe pas d'angine, ou enfin, ce qui est plus rare, quand l'éruption manque tout à fait et qu'il y a angine avec scarlatine des bronches suivie de suffocation.

Il y a des cas où la scarlatine est accompagnée de phénomènes convulsifs et comateux dès le début de l'affection, et d'autres où l'angine scarlatineuse se transforme en diphthérite laryngo-pharyngée ou en sphacèle de la bouche, ce qui constitue la *scarlatine maligne*.

Complications.

La scarlatine peut être compliquée d'angine tonsillaire, ulcéreuse, pultacée, couenneuse, et secondairement de l'inflammation des ganglions du cou, avec suppuration désignée sous le nom de *bubons scarlatineux :* j'en ai vu plusieurs exemples à l'hôpital, et à ce sujet je rappellerai que M. Mondière a vu un jeune enfant périr asphyxié par le fait de cette inflammation. Elle est souvent compliquée de broncho-pneumonie, d'entérite, et enfin pendant la convalescence, à la fin de la desquamation, d'anasarque, par suite du trouble de la perspiration cutanée. Dans ce cas il y a suffusion séreuse générale avec ou sans albuminurie, ce qui est rare; mais j'en ai vu plusieurs exemples, notamment un en 1859, sur une fille de onze ans, dont la scarlatine très rouge, sur laquelle la rayure

Observation III. — *Fièvre intermittente simple compliquée de phénomènes intermittents pernicieux. Mort.* — Julie-Amanda Coquelin, quatre ans, entrée le 20 novembre 1855 au n° 3 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Parents assez robustes, affaiblis par les privations ; cinq frères et sœurs morts en bas âge d'affections cérébrales; deux autres sœurs souvent malades, dont l'une, âgée de neuf ans, a été aussi atteinte d'une affection cérébrale. L'enfant elle-même, très mal soignée en nourrice, rachitique, atteinte de diarrhée tout l'été dernier, n'est pas sujette à s'enrhumer. Ni gourmes, ni glandes. Depuis trois semaines, douleurs de tête vives, douleurs de ventre et d'estomac ; perte de connaissance, un peu de coma alternant avec de l'agitation, des convulsions même, du délire ; puis retour de la raison, pas de diarrhée ; une selle environ par jour, solide. Tout cet ensemble de symptômes, qui ne vont qu'en s'aggravant depuis le début, a été précédé de vomissements pendant quatre ou cinq jours ; ils cessent jusqu'à ce matin, où elle a vomi un peu de bile. Convulsions immédiatement après.

État actuel. — 21 novembre. Enfant petite, amaigrie, avec incurvation rachitique très prononcée dans les membres inférieurs ; volume considérable de la tête, ayant l'apparence d'une hydrocéphale, et les sutures sont soudées ; les dents sont irrégulières, et quelques-unes déjà tombées ; pas de vomissement ni de diarrhée ; l'enfant ne tousse pas et n'a pas de fièvre ; son intelligence est nette, lucide, et il n'y a aucun trouble dans la motilité. — Bains.

22 novembre. L'enfant a passé la journée d'hier dans le calme, ayant sa connaissance et demandant souvent à boire. Elle n'a pas vomi, n'a pas eu de diarrhée ni de convulsions. Ce matin, vers six heures, elle a commencé à vomir et a rejeté des glaires ; pas de garderobe ; peu après, elle a perdu connaissance, est devenue pâle, les yeux fixes, sans vision, rejetant de temps à autre un peu de liquide par la bouche. Les membres sont dans la résolution la plus complète ; il n'y a pas eu de convulsions. La peau est insensible à la douleur ; le pouls est irrégulier, inégal, 88. La rate n'est pas gonflée ; elle paraît avoir 4 centimètres de hauteur.

Sulfate de quinine	**15 centigrammes.**
1° Lavement : Eau	**60 grammes.**
2° Sulfate de quinine dans du café	**20 centigrammes.**

Décédée à neuf heures et demie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — *Rate* non congestionnée, ramollie, de volume normal. — *Foie* fortement congestionné d'un sang noir, épais (surtout le lobe droit), volumineux. — Rien aux reins.

Les poumons ne renferment pas de tubercules, ils crépitent dans toute leur hauteur, excepté vers leur bord antérieur, qui a toute l'apparence dénommée *état fœtal*.

Le péricrâne présente, vers la bosse pariétale gauche, une ecchymose qui ne s'étend point à la peau ni aux os. La dure-mère correspondant à cette bosse pariétale semble également le siége d'une ecchymose analogue à la première ; mais en enlevant l'arachnoïde, on voit manifestement que cet épanchement sanguin ne siége nullement dans la dure-mère, puisque, dépouillée de son feuillet séreux, elle conserve son aspect blanc nacré. Ce feuillet externe de l'arachnoïde, dans toute la portion infiltrée de sang (c'est-à-dire dans l'étendue environ de 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large), est notablement épaissi et se détache assez facilement de la dure-mère, mais par lambeaux et en se déchirant. A la face interne de ce feuillet pariétal, il n'a pas été possible de trouver de traces d'organisation de fausse membrane ni de caillot sanguin ; mais une certaine quantité de sang noir, liquide, était épanchée dans la cavité arachnoïdienne. Le feuillet interne, ni dans le point correspondant à l'ecchymose ni ailleurs, ne présente rien

différence qui la distinguât en quoi que ce soit de celle des autres enfants. Quelques-uns, qui étaient encore affectés de toux depuis la rougeole, l'ont perdue par la seconde maladie. Ce qui caractérisa encore cette épidémie, c'était la rareté de l'urine albumineuse et de la maladie de Bright.

Diagnostic.

Le diagnostic de la scarlatine est difficile au début de la fièvre d'invasion, car alors les premiers accidents ressemblent à ceux des autres fièvres éruptives. C'est après vingt-quatre ou trente-six heures seulement qu'il est possible de prévoir le mal qui va paraître, lorsque se montre le mal de gorge, et bientôt après l'exanthème sous forme de larges taches réunies en nappe d'un rouge framboisé avec ou sans éruptions miliaires concomitantes, et sur lequel on fait apparaître *la rayure blanche scarlatineuse* en faisant très légèrement une raie sur la peau avec le bout du doigt. Ainsi donc, fièvre, mal de gorge, rougeur du pharynx, exanthème étendu, très foncé en couleur, et *raie blanche scarlatineuse* par le frottement très superficiel de la peau, voilà la scarlatine; tandis que dans la rougeole, avec la fièvre, il y a coryza, larmoiement, toux de bronchite, et ultérieurement exanthème rosé formé de petites taches irrégulières plus ou moins relevées, discrètes ou confluentes, ne disparaissant pas sous la friction des doigts, et ne formant pas la rayure blanche dont j'ai parlé plus haut. Dans la variole, la fièvre et les vomissements se montrent d'abord, puis les pustules caractéristiques, et ensuite, s'il y a angine et bronchite, c'est consécutivement à l'éruption, tandis que c'est tout le contraire dans les deux exanthèmes dont je viens de parler.

Pronostic.

La scarlatine est moins grave dans la ville et lorsqu'elle se développe sur des enfants de la classe aisée que lorsqu'elle affecte les sujets de l'hôpital des Enfants. Il en est d'ailleurs de même pour toutes les maladies de l'enfance, et ce serait prendre une idée très fausse de leur gravité que d'en croire à cet égard les tableaux statistiques faits dans les hôpitaux destinés à l'enfance.

La scarlatine est une fièvre éruptive très grave chez les enfants à la mamelle; quoiqu'elle puisse se terminer par résolution et par desquamation régulière, elle est souvent le point de départ d'accidents nerveux immédiats ou d'accidents ultérieurs. Elle est un peu moins grave chez les enfants plus âgés, mais les accidents consécutifs sont les mêmes. Parmi eux je citerai l'impétigo du visage et du cuir chevelu; les bubons scarlatineux du cou, avec ou sans suppuration; la délitescence ou la disparition subite de l'exanthème; l'angine ulcéreuse et couenneuse quelquefois suivie de croup; la gangrène de la bouche, l'entérite, la bronchite chronique, la tuberculisation, l'anasarque, l'hématurie et la néphrite albumineuse; la tumeur et la fistule lacrymales;

l'otite avec perforation du tympan, chute des osselets, carie du rocher, et quelquefois abcès du cerveau ou méningite consécutive, etc., etc. C'est le cas des scarlatines *internes*, irrégulières et compliquées.

Lorsque la maladie est simple, sa terminaison est constamment heureuse; dès qu'elle offre des irrégularités ou des complications, la vie est immédiatement menacée et le plus grand nombre des enfants y succombent. La mort s'annonce très souvent par la formation, sur le visage, d'une traînée fronto-nasale et mentonnière, blanchâtre ou livide.

Traitement.

Le traitement de la scarlatine est à la fois prophylactique et curatif.

Le traitement prophylactique a pour but de prévenir le développement de la scarlatine dans le cas d'épidémie. On y réussit à l'aide de la belladone administrée en teinture, à la dose de quelques gouttes en vingt-quatre heures. C'est là un des faits les plus curieux de la thérapeutique moderne; nous en devons la connaissance à l'illustre Hahnemann. Elles ont d'ailleurs été confirmées par une foule de médecins, au nombre desquels nous citerons Schenk, Massius, Hufeland, Berndt, Méglin, Bayle, Godelle (de Soissons), Stievenard (de Valenciennes) (1), etc., qui ont employé ce moyen dans plusieurs épidémies, et qui prétendent avoir ainsi limité le nombre des victimes. Bayle rapporte (2) que sur 2027 individus ainsi traités lors d'une épidémie de scarlatine, 79 seulement ont été atteints, et 1948 ont échappé. Il y a beaucoup de faits de ce genre acceptés dans la science.

Lorsqu'on emploie la belladone comme moyen prophylactique de la scarlatine, il faut l'administrer de la manière suivante, d'après Berndt :

Extrait de belladone.....	5 centigrammes.
Eau de cannelle.....	15 grammes.

Deux ou trois gouttes matin et soir pour un enfant d'un an, et une goutte de plus par année pour les enfants plus avancés en âge.

La plus grande objection, et ce n'en est pas une à notre avis, la plus grande objection qu'on pourrait faire à cette méthode thérapeutique, c'est de ne pas remplir le but qu'on se propose : c'est, en un mot, d'être inutile. Ce serait d'abord une chose à démontrer. On ne l'a pas fait. Par conséquent, le médecin se trouve, au moment d'une épidémie, dans l'expectative, ou de laisser la maladie faire beaucoup de victimes, ou d'administrer une substance inoffensive, qui peut-être doit en diminuer le nombre. Il n'y a pas à hésiter, et dût-on

(1) *De l'emploi prophylactique de la belladone dans la scarlatine épidémique*. Paris, 1843.

(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828-1837.

lui-même qu'il faut s'en prendre. Les diurétiques sont donc inutiles à employer dans cette circonstance.

En résumé, la fièvre intermittente des jeunes enfants diffère beaucoup de celle des adultes.

Les accès sont quotidiens et viennent à des heures indéterminées.

Ils n'ont que deux périodes bien évidentes : la période de chaleur et celle de la sueur.

La période de frissons ou de tremblement manque tout à fait ; elle est remplacée par une sorte de concentration des forces, indiquée par la décoloration générale et momentanée de tous les tissus.

Cette maladie détermine le gonflement de la rate, et rend cet organe apparent à travers la paroi abdominale antérieure.

Il y a chez les jeunes enfants, et surtout dans la seconde enfance, une forme de fièvre intermittente, de tout point comparable à la fièvre pernicieuse et devant être considérée comme telle.

Dès la troisième année de la vie et dans la seconde enfance, la fièvre intermittente a ses accès bien réglés, et avec ses trois stades comme chez l'adulte.

Dans la seconde enfance, la fièvre intermittente peut être symptomatique d'altérations viscérales, et particulièrement de la tuberculose pulmonaire.

La fièvre intermittente simple guérit presque toujours ; elle détermine des cachexies fort graves, avec œdème des membres et avec des hémorrhagies cutanées.

Le quinquina la guérit très facilement. Chez les petits enfants, la quinine brute est la préparation la plus utile à employer. Dans la seconde enfance, c'est au sulfate de quinine qu'il faut avoir recours.

LIVRE XVII.

DES MALADIES DE LA PEAU.

La plupart des maladies de la peau se développent aussi bien chez les enfants que chez les adultes, et la plupart d'entre elles présentent, aux divers âges, des caractères anatomiques absolument semblables. Il est par conséquent inutile, pour celles-là, de faire un exposé qu'on retrouvera facilement dans les traités spéciaux des affections cutanées. Il en est un certain nombre, au contraire, qui n'existent que chez les enfants, ou qui, étant plus fréquentes dans le jeune âge, s'y présentent avec des différences importantes à mentionner. Ce sont : les *gourmes*, les *rougeurs* et les *gerçures des fesses et des cuisses*, le *pemphigus simple*, l'*érysipèle des nouveau-nés*, l'*endurcissement de la peau*, etc.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ÉRYTHÈME ET DES ULCÉRATIONS DES FESSES ET DES MALLÉOLES.

On rencontre fort souvent chez les jeunes enfants une affection cutanée légère, autrefois appelée *intertrigo*, c'est-à-dire érosion, qui devient quelquefois l'origine d'accidents assez graves et qui est toujours la cause de vives douleurs. Cette affection est caractérisée par un érythème simple des fesses, des parties génitales, de la partie interne des cuisses, des talons, des malléoles, érythème suivi de l'érosion et de l'ulcération de ces parties.

Cette maladie se rencontre chez les enfants dont la constitution est faible et qui ont souvent la diarrhée, chez ceux qui ont une affection des voies digestives, et chez ceux qui, placés hors de ces circonstances, sont mal soignés et malproprement tenus.

L'érythème des fesses est le résultat de l'irritation de la peau par les urines et par les matières des déjections alvines. On conçoit toute l'intensité qu'il peut atteindre en songeant que les évacuations sont très nombreuses dans la diarrhée, que les enfants sont à chaque instant salis et qu'ils séjournent quelquefois trop longtemps dans l'ordure ; que les changements de linge ne sont pas assez fréquents, surtout chez les enfants pauvres ; et enfin que dans cette dernière circonstance la toile qui forme les langes est quelquefois beaucoup trop dure pour la peau si délicate des petits enfants.

L'érythème des malléoles et des talons dépend aussi de l'irritation cutanée produite par les matières des déjections excrémentitielles, mais il est surtout le résultat du frottement de ces parties les unes sur les autres ou sur les langes. Ainsi, lorsqu'on n'a pas le soin d'isoler les jambes des petits enfants à l'aide du premier lange qui les entoure, les malléoles *internes* sont à chaque instant heurtées dans les mouvements de va-et-vient des talons sur la toile. Ces parties finissent pas rougir, et s'ulcèrent enfin plus ou moins profondément.

L'érythème a été considéré comme un symptôme général fort grave, précurseur de certaines maladies des jeunes enfants : ainsi Valleix (1) pense qu'il précède toujours l'invasion du muguet. Cela peut être ; mais il faudrait dire en même temps que les enfants ont déjà la diarrhée depuis un ou plusieurs jours, circonstance dont il est absolument nécessaire de tenir compte par les raisons dont nous venons de parler il n'y a qu'un instant.

L'érythème est cependant en rapport avec l'état de la constitution des enfants ; il se développe de préférence chez les sujets débiles et affaiblis. Mais cette circonstance serait de peu de valeur s'il n'y avait pas en même temps un trouble des voies digestives caractérisé par un commencement de diarrhée. La maladie apparaît très rapidement chez les enfants dont la constitution est

(1) *Clinique des maladies des enfants*. Paris, 1838, p. 337.

aise. Elle met plus longtemps à se développer chez ceux qui sont forts et tes, et qui ne sont qu'accidentellement tombés malades.

l'observe dans le cours de toutes les maladies des enfants à la mamelle, u'il y a augmentation du nombre des garderobes, et que les enfants ne pas assez souvent changés de linge. C'est surtout une maladie qui est en rt avec les affections des voies digestives. Elle forme la complication la constante du muguet et de l'entéro-colite.

Érythème des fesses et des cuisses est caractérisé par une simple rougeur éguments. La rougeur s'étend aux parties génitales, et dans toute ngueur des jambes jusqu'aux talons. De petites papules rougeâtres, ou moins confluentes, ne tardent pas à se former, et chacune d'elles nt le siége d'une érosion de l'épiderme. Il en résulte un grand nombre Erations superficielles de la peau, dont le fond, rouge, vif et saignant, se e au milieu de la circonférence. Ces ulcérations s'étendent en largeur et ndeur ; elles se réunissent aux ulcérations voisines et offrent quelquefois amètre considérable. Leur aspect change insensiblement. La surface en ufrée, rougeâtre, et présente un pointillé gris formé par l'exsudation matière plastique autour de l'orifice des vaisseaux absorbants. Chacun points s'étend, se confond avec les points voisins, et il en résulte une membrane qui revêt l'ulcère et s'organise pour former du derme. Ainsi e leur cicatrisation. Le travail réparateur ne se fait pas comme dans les ordinaires ; loin de s'effectuer par la circonférence, il débute par le et se fait au moyen de la fausse membrane dont nous venons de parler, organise et se recouvre d'un nouvel épiderme.

rès la cicatrisation, il reste longtemps des taches rougeâtres, cuivrées, prendrait facilement pour des syphilides papuleuses, si l'on ne con- ît leur origine.

rythème des malléoles et des talons est également le résultat de l'irrita- de la peau par des matières âcres ; mais il faut tenir compte des ements répétés de ces parties, ce qui change un peu la nature de la gmasie. Dans ce cas l'érythème ne se trouve que sur les deux talons et les malléoles internes, c'est-à-dire sur celles qui sont réciproquement rtées dans les mouvements de l'enfant. Cette rougeur est rapidement rem- ée par des ulcérations profondes, à fond grisâtre et sec, à bords inégaux, ants et d'une rougeur phlegmoneuse.

es ulcérations des fesses, des cuisses et des parties génitales persistent nt que la cause qui les engendre ; elles sont entretenues par l'irritation duite par les matières excrémentitielles, et elles commencent à se cicatriser que la fréquence des déjections alvines est moins grande. Toutefois il est re une circonstance qui s'oppose beaucoup à la cicatrisation de ces plaies : ux parler des attouchements répétés qu'on leur fait subir. En effet, les nts ont besoin d'être changés dès qu'ils ont sali leurs langes, on les dé- llotte et l'on tracasse nécessairement leurs plaies. L'appareil de pansement

qui adhère plus ou moins aux ulcérations est dérangé, les adhérences se rompues, le sang s'écoule, et ainsi chaque fois que l'on est obligé de nettoyer l'enfant. Il est impossible qu'au milieu de pareilles manœuvres, la cicatrisation puisse s'opérer facilement.

Ces ulcérations sont quelquefois la cause du gonflement des bourses et de la phlegmasie du scrotum, de la gangrène de la vulve et de l'érysipèle chez les jeunes enfants. Il faut les soigner avec beaucoup d'attention pour éviter de pareils accidents et pour faire disparaître la douleur qu'elles occasionnent.

Les soins de propreté sont les premiers moyens qu'il faille mettre en usage pour guérir l'érythème et les ulcérations des fesses, des cuisses et des malléoles. Baigner l'enfant, le laver avec des décoctions de plantes aromatiques, le changer dès qu'il a mouillé son linge, lui poudrer les plaies avec le lycopode et le mettre dans de vieilles couches de toile douce, tels sont les principaux moyens à opposer à cette maladie. La poudre de lycopode parfumée est la meilleure à prendre pour jeter sur les gerçures de la peau des enfants. Elle les protége parfaitement bien, car elle n'est pas imbibée par les liquides, et l'eau coule à sa surface. La poudre d'amidon, au contraire, se délaye et forme une pâte qu'il est difficile d'enlever. Il faut bien se garder de mettre en usage les poudres métalliques, les sels de plomb par exemple, comme on l'a fait quelquefois, au risque de déterminer la colique saturnine chez les enfants (Chaussier). La plupart de ces substances sont très actives, et quoique insolubles, elles peuvent être absorbées et déterminer les plus graves accidents. Je rappellerai ici l'exemple affreux de cet enfant que sa mère empoisonna par inadvertence en lui jetant sur une gerçure de la région inguinale une pincée de deutochlorure de mercure. L'eschare produite n'eut pas le temps de se détacher; car l'enfant mourut au huitième jour, dans la cachexie mercurielle la plus complète, avec une stomatite gangréneuse et une gangrène de la bouche accompagnée de la chute de toutes les dents.

Si les ulcérations des fesses sont larges et nombreuses, et qu'il paraît insuffisant de les traiter par les émollients et par les poudres, il faut les protéger par un pansement simple, renouvelé dès qu'il a été sali. Le cérat est le meilleur topique à employer. On le met sur la plaie au moyen d'un linge fenêtré, et des compresses longues, ramenées sur le ventre, servent de moyens curatifs. Les compresses ne sont pas absolument utiles, car elles peuvent être parfaitement bien remplacées par le premier lange du maillot. Il est cependant plus convenable de les employer, pour ne pas salir tous les vêtements de l'enfant.

Les ulcérations des malléoles internes réclament les mêmes soins que celles dont nous venons de parler : seulement il faut, pour favoriser leur guérison, empêcher le frottement réciproque de ces parties. La première couche du maillot suffit pour obtenir ce résultat. Elle doit servir à envelopper chaque jambe pour l'isoler de la jambe voisine, et l'on met par-dessus les langes comme à l'ordinaire.

CHAPITRE II.

'INTERTRIGO, OU GERÇURES QUI SE FORMENT DANS LA PROFONDEUR DES PLIS DE LA PEAU.

rçures de la peau forment une variété de l'*intertrigo* des anciens. On ontre chez les nouveau-nés et chez les enfants très gras. Elles ont e dans l'aisselle et dans les plis des aines, des cuisses et du cou. Elles isent plus particulièrement dans les endroits où la peau forme des plis , lorsque deux surfaces cutanées sont continuellement en contact. mmencent par une légère rougeur accompagnée de suintements et suivie de l'érosion du derme.

es nouveau-nés les gerçures existent surtout dans l'aisselle, et sem- ulter de l'irritation causée sur la peau par la matière grasse qui couvre au moment de la naissance, lorsqu'on n'a pas eu le soin de l'enlever plétement à l'aide des lavages quotidiens de la toilette. — Ces gerçures se transformer en ulcérations véritables, profondes, et susceptibles nner l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané. J'ai vu deux fois s de l'aisselle succéder à cette phlegmasie cutanée, et dans un cas succombé.

évient et l'on guérit ces gerçures à l'aide de soins de propreté, de au de son, et en saupoudrant avec de l'amidon, et mieux du lycopode, es dès qu'on s'aperçoit qu'elles commencent à rougir.

l la gerçure est profonde et forme une véritable ulcération, il faut la ec du cérat de Goulard, étendu sur du linge, et faire des lotions avec n suivante :

Eau distillée.....	100 grammes.
Acétate de plomb solide.....	10 centigrammes.

ec cette autre :

Eau distillée....	150 grammes.
Liqueur de Van Swieten.....	25 centigrammes.

ains quotidiens d'eau de rivière ou d'eau de son, de la durée de tes, sont alors absolument nécessaires.

CHAPITRE III.

DES GOURMES.

nnait autrefois le nom de *gourmes* à certaines éruptions de la face, ères et du cuir chevelu, avec ou sans gonflement des glandes du cou ; ait que ces maladies étaient salutaires et destinées à expulser de

l'économie certains principes délétères renfermés chez tous les enfants. l que la gourme sortît, et l'on devait la respecter, sous peine de déte de graves accidents pour l'avenir.

Aujourd'hui ce mot a perdu toute sa valeur aux yeux des médeci considèrent les gourmes comme une maladie très complexe, aussi locale que générale, et qu'il faut tantôt essayer de guérir, et tantôt aban à elle-même à cause du mauvais état de la constitution des enfants. plus maintenant que les personnes du monde qui, systématiquement toujours respecter les gourmes, afin de ne pas porter atteinte à la sa enfants.

Dans les gourmes il faut ranger l'impétigo et l'eczéma, c'est-à-dire les affections impétigineuses et eczémateuses de la peau, de la face, de pières, du cuir chevelu, et quelques affections scrofuleuses des glan cou.

De l'impétigo.

L'impétigo est caractérisé par la présence de pustules cutanées peu éte psydraciées, le plus souvent rapprochées les unes des autres, et qui f en général des croûtes épaisses, rugueuses et jaunâtres.

L'impétigo des enfants se montre à la face et sur le cuir chevelu différence de siége est fort importante à connaître, car la maladie prése caractères différents dans l'une et dans l'autre de ces régions. L'im conserve sur la face ses caractères ordinaires; mais l'impétigo qui se dév sur le cuir chevelu est tellement modifié, qu'il a longtemps été confond une autre maladie du péricrâne et qu'il a été placé parmi les teignes. avait donné le nom de *teigne muqueuse*, pour le distinguer de la teig veuse ordinaire.

De l'impétigo de la face. — Il paraît d'abord sous la forme de rouges, plus ou moins distinctes, un peu élevées, qui se recouvrent de pustules peu saillantes au-dessus de la peau. Ces pustules s'ouvrent et couvrent d'une gouttelette de liquide qui se dessèche et forme une jaunâtre demi-transparente. L'éruption peut être plus ou moins éten formée de pustules plus ou moins nombreuses. Elle est quelquefois asse fluente pour former une large surface où il est impossible de reco l'élément primitif de la maladie. Cette partie de la peau est recouve croûtes molles, jaunâtres, demi-transparentes, appelées *croûtes laiteus* tombent très facilement et qui sont presque aussitôt reproduites. La c férence est rougeâtre, comme érysipélateuse, et l'on y retrouve souve pustules d'impétigo intactes, qui ne tarderont pas à se réunir à cell sont déjà agglomérées. C'est ainsi que la maladie s'étend chaque davantage.

Lorsque les pustules sont réunies de manière à former une surface bien circonscrite, on donne à la maladie le nom d'*impetigo figurata*; l'ép

sparsa s'applique, au contraire, à celle dont les pustules sont éparses et disséminées sur le visage.

L'impétigo de la face affecte les joues, les lèvres, le derrière des oreilles et les paupières. Celui qui occupe cette région est le plus grave, car il est quelquefois l'origine de la blépharite ciliaire, et détermine souvent une vive inflammation de la conjonctive.

Cette éruption est accompagnée d'une douleur peu intense, d'un prurit et d'une sensation de chaleur fort désagréable. Elle ne dure quelquefois pas plus de quinze jours ou de trois semaines; d'autres fois elle se prolonge pendant plusieurs mois: alors elle est presque toujours liée à une mauvaise constitution, la constitution scrofuleuse par exemple. Lorsque les croûtes impétigineuses sont complétement détachées, la peau conserve longtemps une teinte rouge, qui finit par disparaître, et qui indique assez bien le siége et la forme de la maladie.

L'impétigo de la face n'est pas une maladie grave par elle-même, car il guérit assez facilement; il n'est sérieux que lorsqu'il se développe chez des enfants scrofuleux, et qu'il affecte les yeux ou les oreilles. Il devient alors l'origine d'ophthalmies scrofuleuses interminables, et il est la cause du développement des glandes du cou et de la nuque, au même titre que l'écorchure des orteils, qui occasionne le gonflement des glandes inguinales. Cette complication est grave, car la tuméfaction inflammatoire des ganglions cervicaux chez un enfant scrofuleux disparaît avec lenteur, et souvent ne disparaît pas du tout. Les glandes restent engorgées, se transforment en matière tuberculeuse, et il en résulte des abcès froids qui, s'ouvrant à l'extérieur, laissent sur le cou des plaies de mauvaise nature et des cicatrices indélébiles.

De l'impetigo du cuir chevelu. — Il y a deux variétés d'impétigo du cuir chevelu : l'*impetigo larvalis* et l'*impetigo granulata.*

1° Lorsque les pustules d'impétigo se développent dans la tête, et qu'elles sont très nombreuses dans le même point, il se fait un suintement muqueux très abondant qui exhale une odeur nauséabonde; des croûtes jaunâtres se forment et couvrent la surface du cuir chevelu; elles déterminent l'agglutination des cheveux sous forme de larges plaques irrégulières qui masquent les plaies subjacentes. C'est ce que l'on a appelé *impetigo larvalis.*

Il est accompagné de douleurs assez vives et de démangeaisons insupportables, et il peut être, comme l'impétigo de la face, la cause de l'inflammation et de la suppuration des ganglions voisins. Lorsqu'il s'étend de la tête aux oreilles et au visage, il se présente avec les caractères de la variété précédente, et, comme elle, il devient l'origine d'otites et d'ophthalmies fort graves.

2° L'*impetigo granulata* est caractérisé par la présence de petites pustules blanchâtres, isolées, développées sur le cuir chevelu, à la base des poils qui le recouvrent. Des croûtes grisâtres succèdent à ces pustules quand elles sont ouvertes ; elles se dessèchent et forment autour de plusieurs cheveux réunis de petites granulations sèches, grisâtres, plus ou moins volumineuses et mobiles

à leur base, où se trouve un pédicule qui n'est autre que le cheveu. Ces croûtes sont quelquefois très multipliées, et la tête en est couverte; elles se détachent avec facilité et se reproduisent très rapidement.

Cette variété est accompagnée, comme la précédente, de démangeaisons insupportables. Comme elle aussi, elle est la cause de l'inflammation et de la suppuration des glandes du cou. Il s'exhale de la tête une odeur nauséabonde tellement désagréable chez les enfants mal tenus, qu'il est impossible de rester auprès d'eux. Cette odeur n'existe pas lorsqu'on a le soin de laver et de nettoyer convenablement la tête des malades.

Les cheveux ne sont jamais détruits dans l'impétigo du cuir chevelu; ils tombent, mais ils repoussent après la guérison de la maladie. L'*impetigo larvalis* et l'*impetigo granulata* n'occupent que la superficie de la peau; ils ne se prolongent pas dans l'intérieur des culs-de-sac, où se trouvent les bulbes pileux qui ne sont point malades.

Ces deux variétés d'impétigo se développent chez les jeunes enfants. La première est plus fréquente dans le premier âge, à l'époque de la première dentition, et l'autre variété attaque de préférence les enfants plus âgés qui sont près de la seconde dentition. Elles se manifestent d'ailleurs aussi bien chez les sujets forts et vigoureux que chez ceux dont la constitution est chétive ou mauvaise.

L'impétigo du cuir chevelu est une maladie assez longue qui dure au moins plusieurs mois, et se prolonge quelquefois au delà d'une année. C'est d'ailleurs la faute des parents, qui ne veulent point soigner cette affection, et qui l'entretiennent même dans le but de purger les enfants des humeurs qu'ils supposent exister dans leur organisme. Ainsi l'impétigo, livré à lui-même, est une maladie fort longue, qui guérit difficilement. Au contraire, lorsqu'on en applique une médication convenable, il disparaît assez rapidement. La guérison en est généralement facile; elle s'opère en trois ou quatre semaines au plus.

Traitement.

Le traitement de l'impétigo soulève une des questions médicales les plus sérieuses et les plus difficiles à résoudre. Les anciens médecins se faisaient scrupule de guérir cette maladie, dans la crainte de déterminer des accidents morbides graves chez les enfants; quelques modernes, au contraire, proclament très haut l'impunité de cette curation.

Que faut-il croire, et laquelle de ces opinions faut-il adopter? Si l'on consulte les faits, qui, en définitive, doivent faire loi en pareille matière, on essayera de guérir l'impétigo, car il ne résulte presque jamais de sa disparition aucun accident immédiat fâcheux; et je n'ai encore vu que trois fois des *accidents métastatiques* se produire après sa guérison. Au contraire, en le guérissant, on détruit une maladie assez sérieuse qui s'étend sans cesse, et qui détermine des otites, des ophthalmies et le gonflement inflammatoire

glandes du cou, circonstance très grave chez les enfants scrofuleux. ais il ne faut pas seulement consulter les résultats du moment, il faut re les malades dans le cours de leur existence pour savoir si la guérison mpétigo n'est pas l'origine, comme on l'a dit, d'une viciation de l'orga- e traduite par des lésions graves, telles que la scrofule du cou, des arti- ions, du poumon, etc. Cette appréciation est difficile à faire, car on perd alades de vue, et ceux qu'on doit revoir ne sont pas assez nombreux pour a puisse décider la question. En supposant que quelques enfants devien- scrofuleux, rien ne prouve que ce soit la guérison de l'impétigo qui en cause; car bon nombre d'enfants deviennent scrofuleux et tuberculeux onaires, sans avoir eu de gourmes, et, de plus, l'impétigo est quelquefois manifestation de la maladie scrofuleuse. Or, chez ces derniers, le déve- ment de la scrofule est bien évidemment indépendant de la guérison de tigo.

n'est donc pas établi par l'observation que la curation des gourmes e cause certaine du développement prochain de la scrofule. Cela n'est ème probable, et lorsqu'elle se manifeste, c'est que les enfants étaient eurement, par leur constitution, voués à cette maladie, dont l'impétigo t qu'un des premiers symptômes. Il est au contraire démontré que la son de l'impétigo n'est que très rarement suivie d'accidents immédiats ux, et qu'elle préserve les enfants du développement d'une foule de ma- fort sérieuses. Il faut donc guérir l'impétigo.

pendant, pour concilier toutes les opinions, je dirai que l'impétigo des ts forts et robustes, engendrés par des parents bien portants, peut être sans crainte des accidents éloignés. Au contraire, l'impétigo des enfants s et scrofuleux, de race tuberculeuse, doit être traité avec plus de gement; il faut le détruire peu à peu, et donner en même temps des les intérieurs, purgatifs et toniques, dans le but de fortifier la constitu- et de fixer sur le tube digestif le flux, salutaire peut-être, de la surface ée. On devrait en même temps, toujours en vue de la diathèse dont nous ns, appliquer au bras un exutoire supplémentaire, entretenu seulement ant quelques semaines. Toutefois, s'il fallait se prononcer entre l'emploi urgatifs et celui des vésicatoires, je n'hésiterai pas à proscrire ce dernier en, qui a l'inconvénient de déterminer un nouvel impétigo sur le bras des ts qui ont franchement la diathèse impétigineuse.

impétigo de la face et l'impétigo du cuir chevelu réclament l'emploi des es moyens. Au début de la maladie, il faut prescrire les boissons rafraî- es et acidulées, les bains, les lotions émollientes et de légers purgatifs. nseillé de faire des lotions avec du lait de femme, en recommandant arrice d'exprimer son sein pour arroser les parties malades. Ces lotions ucun avantage sur les lotions émollientes ordinaires.

ue l'impétigo existe depuis longtemps et qu'il est passé à l'état chro- e, il faut joindre à l'usage des purgatifs celui des topiques astringents.

On fait tomber les croûtes de la face et de la tête à l'aide de cataplasmes de pain, de fécule ou de graine de lin; on fait raser la tête par le barbier; on prescrit les lotions alcalines avec le bicarbonate de soude, avec les eaux sulfureuses d'Enghien, de Baréges et de Cauterets, avec une solution légère de nitrate d'argent, 5 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée, et enfin avec la liqueur de Van Swieten : ce dernier moyen est le plus utile de tous et je l'ai presque toujours vu réussir. Le traitement doit être formulé de la manière suivante : Faire tomber les croûtes; raser la tête; lotions trois fois par jour pendant un quart d'heure avec un linge imbibé de liqueur de Van Swieten pure ou étendue de moitié d'eau. Il faut éviter de prendre une éponge, qui pourrait, par sa composition, altérer la nature du médicament qu'on emploie. On ajoutera à ce traitement la prescription d'un léger purgatif administré tous les deux jours.

Si l'impétigo existe en même temps sur le corps, il faut donner des bains de sublimé à la dose de 1 à 4 grammes, suivant l'âge des enfants. Cette médication est, je le répète, une des plus utiles à employer, et l'on peut la prescrire en toute confiance, sans crainte de voir survenir aucun des accidents de l'intoxication mercurielle.

CHAPITRE IV.

DE LA TEIGNE.

La teigne est une maladie des follicules pileux avec altération consécutive des poils par un végétal parasite particulier pour chaque espèce de teigne (1). Elle occupe ordinairement le cuir chevelu ou la barbe, et ne se montre sur le corps que par exception, dans les parties où il y a des poils rudimentaires.

A l'exemple de MM. Schœnlein, Gruby, Bazin, Hardy et Ch. Robin, je considère le végétal parasite comme l'élément anatomique de la teigne; sans lui, pas de teigne, comme il n'y a pas de gale sans acarus, et pas de muguet sans dermophyte.

Il y a une teigne primitive qui se développe d'abord dans le follicule pileux sans avoir été précédée d'une affection de la peau, et une teigne consécutive qui paraît sur des parties déjà occupées par l'impétigo, l'herpès circiné, le lichen et les eczémas chroniques. D'abord la teigne est intérieure et occupe le follicule pileux (Duncan, Baudelocque, etc.), et plus tard elle se montre au dehors sous forme de croûtes jaunâtres plus ou moins caractérisées.

M. Bazin admet dans la teigne plusieurs variétés : 1° la teigne faveuse, 2° la teigne tonsurante, 3° la teigne mentagre, 4° la teigne achromateuse, 5° la teigne décalvante.

(1) Voyez Bazin, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853. — Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*. Paris, 1853, p. 441 et suiv.

§ I. — De la teigne faveuse.

teigne faveuse a pour siége le cuir chevelu, et plus rarement la peau du
Elle se montre quelquefois sur les membres, sur le gland, sous les
. Elle est caractérisée par la présence de croûtes sèches, creusées en
, jaunâtres comme du soufre et donnant lieu à une odeur *sui generis*.
présente dans ses manifestations trois formes que l'on désigne sous le
le *scutiforme*, *urcéolaire* et *squarreuse*.
bord, au début de la teigne, le follicule pileux est seul malade ; sa
brane interne, altérée, devient le siége d'une exsudation dans laquelle se
ppent les cryptogames dont je parlerai plus loin. La racine du cheveu
portion intra-crânienne ne deviennent malades que consécutivement,
ée en quelque sorte par le produit de nouvelle formation. Alors la peau
ésente point encore d'altération. Un peu plus tard, le mal apparaît au
s du follicule, accompagné de cuisson et de démangeaison ; à la racine
eveu on voit apparaître une petite tache jaunâtre à peine visible,
re en heure plus évidente et plus large, formée par une concrétion peu
e que l'on peut détacher avec l'ongle. Examinée à la loupe, cette con-
n présente une petite dépression centrale creusée en forme de godet,
tre duquel est implanté le cheveu ; la petite plaque s'accroît assez rapi-
t en largeur et en profondeur, et au bout de quelques jours le godet
venu très apparent. Plusieurs concrétions semblables se développent
imultanément dans le voisinage les unes des autres, puis elles se réunis-
ar leurs bords et forment de larges plaques arrondies. C'est à cette
de teigne que les auteurs ont donné le nom de *porrigo scutulata*, et
zin celui de teigne *faveuse scutiforme* ou *en écu*. Le mot *favus* appliqué
igne, exprime surtout la ressemblance que ces plaques et leurs petites
sions en godet ont avec les alvéoles d'un gâteau de miel, ce qui arrive
uelques enfants où l'on voit de petits godets jaunes très bien formés.
at persiste pendant très longtemps ; puis la surface se dégrade, les dé-
ons s'affaissent, la teinte jaune prend une nuance grisâtre plus ou moins
ée. Cette forme a été appelée *teigne faveuse urcéolaire*, *porrigo* ou
lupinosa, en raison de sa ressemblance avec un amas de graines de
Les concrétions de la teigne exhalent une odeur nauséeuse particulière
on désigne assez exactement sous le nom d'*odeur de souris*. Enfin on
quelquefois au-dessous d'elles des poux en plus ou moins grande
té.
dis que les croûtes faveuses subissent les modifications que nous venons
peler, il se développe quelquefois un certain nombre de phénomènes
laires. Ainsi, des pustules d'ecthyma se montreront à côté de véritables
s faveuses ; de là l'erreur des auteurs qui ont regardé la teigne comme
aladie à éléments pustuleux. D'autres fois il apparaîtra des vésicule

suivies de squames appartenant manifestement à l'eczéma, ou de concrétions plus épaisses dues à l'impétigo. Enfin, dans certains cas, on verra se développer et parfois en même temps que les lésions précédentes, une desquamation furfuracée qui n'est autre chose que du *pityriasis capitis*. Ce mélange de tant d'affections de nature et d'aspect si différents détermine sur la tête des productions croûteuses, furfuracées, etc., qui rendent souvent le diagnostic précis très difficile. Cependant, dans cet assemblage de concrétions, et particulièrement sur les limites du mal, il est bien rare qu'on ne découvre pas quelques plaques jaunes à godet qui servent à déterminer la nature réelle de la maladie. L'aspect des cheveux, devenus ternes, lanugineux, secs et cassants, fournit encore un bon élément de diagnostic. Enfin la pression exercée sur le cuir chevelu par la calotte croûteuse produit une sorte d'atrophie de celui-ci; le bulbe pileux se détruit, et la calotte s'étant détachée faute d'adhérences, il reste une surface déprimée, glabre et lisse, qui ne ressemble en

Fig. 31.

Fig. 31.

a, commencement de la tige.
b, souche.
c, bouton.
d, fibres longitudinales entre lesquelles existent des spores.
e, stries transverses.
f, sporules sur la souche.
g, sporules sur le bouton.
h, filaments tubuleux (Bazin).

Fig. 32.

a, tige du cheveu.
b, extrémité supérieure rompue.
c, extrémité inférieure cassée au niveau de la peau.
d, fibres longitudinales écartées et brisées.
e, sporules infiltrant la tige.
f, tube sporulaire (Bazin).

Fig. 32

cuir chevelu normal. Très souvent l'alopécie persiste là où se trou-
es concrétions.

men microscopique permet d'établir le diagnostic avec une grande
. Les cheveux sont malades, atrophiés, couverts de spores et de spo-
. 31 et fig. 32). Une parcelle de la concrétion jaunâtre ayant été posée

Fig. 33.

Fig. 33.
les isolées.
les réunies.
de sporules.
vides.
nts tubuleux réunis.
les (Bazin).

verre, délayée avec une goutte d'eau et placée sous l'objectif d'un
ope, on y aperçoit (fig. 33 et 34) les filaments d'un parasite végétal
sous le nom d'*Achorion Schoenleinii*. Ce sont :

e multitude de petits grains arrondis, légèrement ovalaires, libres ou
en chapelet; ce sont des
u des *sporules*.

s tubes plus ou moins nom-
lexueux, ramifiés, non cloi-
vides ou contenant quelques
anules moléculaires.

es tubes droits ou courbes,
t ramifiés, contenant des
allongées placées bout à bout

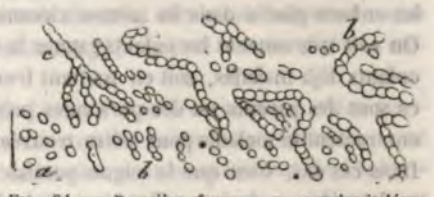


Fig. 34. — Poussière faveuse : *a*, sporules isolées ; *b*, spores en chapelet ; *c*, tube formé de sporules réunies bout à bout (Bazin).

ère à représenter des tubes cloisonnés avec ou sans traces d'ar-
ns.

ubes et ces grains constituent le cryptogame de la teigne faveuse,
on Schoenleinii. Une fois son existence constatée, il n'y a pas de
ossible sur la nature de la maladie.

igne est une des affections chroniques les plus tenaces. Il n'est pas
rencontrer des individus âgés de vingt-cinq, trente et même
ans, qui en sont atteints depuis leur enfance. Lorsque la maladie
e terminer spontanément par la guérison, les plaques s'affaissent, les
isparaissent, et la surface n'offre plus qu'une sorte de poussière plâ-
Au-dessous, le cuir chevelu s'est également modifié, non-seulement
aspect, devenu lisse et luisant, mais encore dans sa structure; les
pileux se sont oblitérés, et le parasite, ne trouvant plus son terrain

habituel de développement, meurt comme une plante arrachée. Très souvent cependant après la chute des plaques on voit encore des follicules isolés qui servent de réceptacle à de nouvelles végétations cryptogamiques et qui perpétuent la maladie. La guérison spontanée est donc excessivement rare ; elle a lieu par places et se fait attendre pendant de longues années.

Les *causes* de la teigne sont générales et locales. L'âge joue un très grand rôle comme prédisposition à son développement, et la *contagion* est bien plus facile chez les enfants que chez les adultes. Cette maladie se développe de préférence chez les sujets de constitution faible, chez les enfants d'un tempérament mou, lymphatique, et plus particulièrement chez les scrofuleux. Viennent ensuite les mauvaises conditions hygiéniques, et surtout la *malpropreté*, l'habitation dans un lieu malsain, la mauvaise nourriture ; en un mot, la misère. Une chose digne de remarque, c'est que la teigne est bien plus commune dans les campagnes que dans les villes. C'est qu'en effet dans les campagnes les soins de propreté sont encore moins observés dans les classes pauvres que dans les villes ; c'est que, dans les campagnes, on couche dans des étables, au milieu d'un air chaud, humide et chargé de miasmes putrides. Il est certain qu'un travail morbide préalable se fait dans le follicule pileux avant l'apparition d'un végétal parasite qui n'est là qu'un effet d'une modification de sécrétion folliculaire. Même dans les cas où la contagion semble expliquer le développement de la teigne, ce travail préalable existe, car tous les enfants placés dans les mêmes circonstances ne prennent pas la maladie. On voit très souvent les enfants gagner la teigne, soit en jouant avec d'autres enfants déjà malades, soit en mettant leurs bonnets, leurs coiffures. Ailleurs ce sont des parents ou des personnes prédisposées à la garde des enfants qui contractent la maladie pour s'être trouvées en contact avec les petits teigneux. Dans ces cas, bien que la teigne paraisse être une affection locale, elle est toujours la conséquence d'un état général et d'une réaction du tempérament et de l'individualité de la personne sur un germe parasite destiné à périr ou à pulluler selon le terrain dans lequel il tombe.

Le *diagnostic* de la teigne faveuse est, en général, facile. Des concrétions d'un jaune clair assez semblable à la couleur du soufre, concrétions déprimées en godet, et dont le centre est habituellement traversé par un cheveu ; la teinte terne, l'aspect lanugineux, l'état sec et cassant des cheveux, puis l'alopécie par places, tels sont les caractères de l'affection qui nous occupe, et qui diffèrent de ceux que présentent les autres maladies du cuir chevelu, telles que l'eczéma et l'impétigo. La complication de la teigne avec les affections de nature dartreuse peut, en modifiant l'aspect des croûtes, rendre le diagnostic plus difficile ; restent alors les altérations du cuir chevelu et l'aspect des cheveux ; et enfin, en cas de doute, l'examen microscopique est là pour résoudre la difficulté. L'existence des spores, des sporules et des tubes permettra toujours de reconnaître la nature du mal.

Le pronostic de la teigne est très sérieux. La longue durée de cette affec-

sa terminaison fréquente par alopécie, la difficulté de la guérir, justifient e jugement.

§ II. — De la teigne tonsurante ou tondante.

teigne tonsurante ou tondante est caractérisée, d'après M. Bazin, par la oration des poils, leur extrême fragilité, qui les rend susceptibles de se r à quelques lignes de leur insertion sur la peau, par l'état chagriné tre, hérissé, des follicules pileux, et par des squames minces pulvérulentes nt de petites gaines à la base des poils. Le cryptogame de cette variété igne a reçu le nom de *Trichophyton tonsurans.*

FIG. 35. — Poussière blanche de l'herpès tonsurant : *a*, sporules isolées ; *b*, sporules réunies ; *c*, tubes vides, *d*, tube sporulaire (Bazin).

teigne tonsurante primitive ou consécutive à de l'herpès circiné, aussi é herpès tonsurant, occupe le cuir chevelu, et elle est, beaucoup moins e favus, suivie d'alopécie permanente (1). Il y en a trois variétés : *cir-z*, *punctôta* et *gyrata*.

e est très contagieuse, comme l'herpès circiné lui-même, et les per-s chargées d'épiler les têtes ainsi malades contractent facilement une ie vésiculeuse des mains avec endurcissement et exfoliation de l'épithé-des parties voisines. J'ai vu dans l'espace de six mois deux épileuses, et œur de charité chargée des soins à donner à plusieurs enfants atteints de tondante, offrir, l'une à la face palmaire du poignet, l'autre au pouce, roisième à l'extrémité du médius, une affection cutanée semblable à celle e viens d'indiquer.

te teigne est très facile à reconnaître ; elle fait à la tête une tonsure dont d bleuâtre ardoisé se trouve tuméfié, hérissé de follicules hypertrophiés cheveux coupés ras. Cette partie est en même temps recouverte de es blanchâtres et de matière grise formant une gaîne aux cheveux es.

§ III. — De la teigne mentagre.

teigne mentagre est une maladie de l'adulte, et elle est caractérisée par sence d'un cryptogame désigné sous le nom de *Microsporon mentagro-*

Cazenave, *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 190 et suiv.

phytes. Elle occupe le système pileux des lèvres et du menton. Je n'ai pas à m'en occuper.

§ IV. — De la teigne achromateuse et décalvante.

La teigne achromateuse est caractérisée par une décoloration des poils, accompagnée de la décoloration des parties sur lesquelles ils sont implantés. Dans la teigne décalvante, au contraire, il y a la même altération des poils avec alopécie rapide, mais sans squames, sans croûtes, sans décoloration des parties malades. Comme l'indique M. Bazin, ce dernier caractère se distingue de la variété dite achromateuse, dans laquelle il y a destruction du pigment cutané. Elle s'en distingue en outre par la disposition particulière de ses filaments cryptogamiques désignés sous le nom de *Microsporon Audouini*.

Traitement.

Le traitement de la teigne est resté pendant longtemps incertain, inefficace et livré à l'empirisme. Depuis le traitement douloureux et barbare de la calotte, aujourd'hui abandonné, jusqu'au traitement d'épilation moins pénible pratiqué par M. Mahon, que de recettes et de formules d'emplâtres, de pommades et de lotions tour à tour vantées et bientôt délaissées à cause de leur insuffisance! Tout récemment M. H. Grun a essayé avec succès les fumigations d'acide sulfureux, dont l'action sur les parasites végétaux est depuis longtemps connue.

Le résultat dépassa toutes ses espérances. Dans un cas de *teigne faveuse*, l'acide sulfureux, appliqué directement par voie d'insufflation, détruisit la maladie en quelques jours. Plus de dix expériences ultérieures ont confirmé la première. Quand le favus est petit, il l'a vu flétrir six heures après la première fumigation. Dans d'autres cas, la matière faveuse flétrit et se contracte, et en quelques jours on peut l'enlever en masse adhérente à la croûte. Alors on voit dans le cuir chevelu un trou cylindrique et profond qui a l'air d'être fait avec un emporte-pièce. Ce trou se contracte, se remplit, et il ne reste rien de la maladie.

L'appareil que M. Grun a employé est fort simple : une pipe de terre, un bouchon auquel on ajuste un tuyau de caoutchouc. On met du soufre et quelques morceaux d'amadou dans le fourneau de la pipe; on allume l'amadou, on bouche le fourneau et l'on souffle. Par ce moyen, un jet d'acide sulfureux est projeté sur le tubercule faveux, qui flétrit et se détache en quelques jours.

J'ai employé le procédé de M. Grun qui m'a une fois réussi sur une teigne faveuse en train de se reproduire après une épilation. Les godets ont disparu, et le malade a guéri en quelques jours; sur d'autres teigneux de même espèce qu'on n'avait pas encore épilés, il n'y a eu aucune amélioration, et il en a été de même pour différents cas de teigne tonsurante.

M. Chapelle a proposé l'huile de naphte, et il compte huit succès obtenus assez rapidement, en six semaines ou deux mois. Cet auteur s'exprime ainsi :

D'abord je fais couper ras tous les cheveux qui avoisinent la zone mor-
e, et appliquer ensuite à leur surface des cataplasmes de farine de graine
in pour faire tomber les croûtes faveuses. Une fois la peau débarrassée de
productions croûteuses, je fais enduire la surface dénudée d'une légère
che d'huile de naphte que recouvre ensuite une compresse de flanelle. Un
e-tête de taffetas gommé, destiné à envelopper toute la surface du cuir che-
, complète le pansement.

Deux fois par jour, le matin et le soir, je prescris l'application de l'huile
aphte. A chaque pansement, il importe de nettoyer la surface malade avec
eau de savon, afin de mieux enduire la peau de la substance huileuse.
le point important de l'opération est celui-ci : il faut examiner chaque
et avec le plus grand soin la surface du cuir chevelu, pour voir si cette
e de la peau ne porte pas quelques petites pustules faveuses, dont la dis
ion est toujours indispensable à la curation de la maladie. Si l'œil découvre
ques-uns de ces points blancs, il faut alors, non pas enlever la pustule
ne par la méthode épilatoire, mais seulement la perforer avec la pointe
e épingle ordinaire, et enlever ensuite la matière puriforme qu'elle
ent. Cela fait, on étend sur la peau une couche nouvelle d'huile de
te. De la sorte, on arrive à éteindre promptement la poussée pustuleuse
sure qu'elle se produit. L'évolution des pustules faveuses est, comme je
ien constaté, successive, au lieu d'être simultanée. Aussi importe-t-il
aintenir les cheveux coupés ras autour de la partie malade, afin de
x observer le développement des pustules et les détruire à leur origine.

L'huile de naphte exerce ici une action abortive spécifique. Elle limite
ffet au point affecté sa puissance modificative, sans exercer au delà une
ence destructive, comme le produisent les substances corrosives. Aussitôt
n a fait cesser, par l'application directe de cette huile, la poussée pustu-
, les cheveux reprennent leur développement normal. Cette peau, qui
ravant ne présentait qu'une croûte épaisse à odeur fétide, à aspect sale,
couvre rapidement de cheveux aussi épais, aussi consistants qu'avant l'ap-
ion de la maladie.

Il est plusieurs personnes dont le cuir chevelu est profondément altéré ou
la sensibilité particulière est très développée, qui ne peuvent supporter
de grandes souffrances le contact de l'huile de naphte pure. Dans ce cas,
mitiger l'action trop vive de cette substance, je fais mêler à l'huile de
te une huile dont l'action se rapproche de la précédente, mais dont l'effet
nt est moins prononcé. L'huile de cade est celle qui m'a paru devoir être
rée. Je prescris le mélange de ces deux huiles dans une proportion indi-
par la sensibilité du malade. »

dinairement la maladie persiste avec une ténacité désespérante pendant
ois et souvent même des années. C'est depuis 1848 que, s'appuyant sur
anatomique réel de la maladie, M. Bazin a pu arriver à une thérapeu-
véritablement rationnelle, et qui compte déjà de nombreux succès. La

nouvelle méthode repose sur les deux circonstances suivantes : d'abord nature parasitique de la teigne, et en second lieu le siége du parasite dans follicule pileux. Suivant M. Bazin, la plupart des pommades ont échoué parce que l'on avait omis la précaution de mettre à découvert l'orifice du bul en arrachant le cheveu, afin d'y faire pénétrer le médicament. Voici comm procède ce médecin.

On commence, comme dans les autres procédés, par débarrasser la tête concrétions faveuses et des croûtes d'ecthyma ou d'impétigo ; après les av ramollies au moyen de cataplasmes émollients à la fécule ou à la graine de l on nettoie parfaitement le cuir chevelu avec de l'eau de savon, et l'on co les cheveux en leur laissant un centimètre et demi de longueur. Il s'agit al de préparer l'épilation et de la rendre aussi peu douloureuse que possible.

M. Bazin rejette les différentes préparations que l'on décore impropre du titre de poudres et pommades épilatoires, et il se borne à l'huile de ca dont on étend chaque jour une couche sur la tête pendant sept à huit jo Au bout de ce temps, la sensibilité du cuir chevelu est convenablem émoussée, et les cheveux s'enlèvent avec facilité. L'épilation doit se faire plusieurs séances, et il ne faut pas seulement enlever les cheveux au niv des parties malades, mais encore à la circonférence, dans l'étendue de plusie centimètres, et même sur toute la tête, quand la maladie occupe une certa surface.

Pour arracher les cheveux, on se sert de pinces dont les mors sont a larges, et les cheveux sont pris et tirés un à un quand ils sont un peu espa mais quand ils sont très près les uns des autres, on peut les enlever par p pinceaux.

Il est ici une précaution très importante pour la pratique, c'est de t bien exactement les cheveux dans le sens de leur implantation sur le c chevelu. Les uns s'insèrent perpendiculairement à la surface du cuir chev les autres obliquement, et c'est précisément dans la direction de cette impl tation que le poil doit être tiré. En agissant autrement, on s'exposerait à ca les cheveux et à causer une assez vive douleur.

En pratiquant l'épilation, il faut profiter de l'ouverture récente des bul pour y faire pénétrer l'agent parasiticide. Dans ce but, après avoir dégr de ses cheveux une surface d'environ un centimètre carré, on fait une lo avec une petite brosse imbibée de sublimé en dissolution, et l'on épile nouveau les parties voisines en prenant les mêmes précautions.

Matin et soir, après avoir lavé les parties dénudées afin d'enlever les matiè grasses qui se déposent sur le cuir chevelu, on les lotionne au moyen d'u éponge, ou mieux d'une brosse imprégnée du même liquide de sublimé c rosif, dont voici la formule :

Eau distillée	500 grammes
Sublimé corrosif	de 1 à 10 grammes.
Alcool	Quelques gouttes.

ılcool est là pour favoriser la dissolution du sublimé. Ces lotions doivent ·ontinuées pendant cinq ou six jours. Passé ce temps, on leur substitue rictions avec une pommade dont on enduit le cuir chevelu tous les deux dans la soirée. La formule de M. Bazin est :

Axonge	100 grammes.
Acétate de cuivre.....	de 0,25 à 0,50 centigr.

us l'influence de ce traitement, on voit les cheveux repousser au bout de ques semaines, plus forts et plus foncés qu'auparavant. Mais dans la plu- des cas, six semaines, deux mois ne se sont pas écoulés que les concré- favеuses ont reparu : il faut recommencer le traitement. M. Bazin est ıent convaincu que la guérison après une première épilation est tout à xceptionnelle, que, sans attendre la récidive, il procède à une seconde ion lorsque les cheveux ont acquis une certaine longueur, c'est-à-dire ıut d'un mois ou six semaines. Une troisième épilation est même fort nt nécessaire. Il va sans dire qu'à chaque nouvelle épilation on reprend tions et les pommades indiquées ci-dessus.

ıerpès tonsurant, ou *teigne tondante*, plus difficile à guérir, doit être de la même manière : s'il est invétéré, il faut pratiquer l'épilation jusqu'à e toutes les racines des poils aient pu être extirpées. Avec des pinces à recourbés, on gratte, on ratisse les surfaces malades, et l'on enlève toute la substance cryptogamique. On cesse l'épilation quand la couleur tre a disparu, quand les poils repoussés ont repris leurs caractères nor- , et quand le cuir chevelu n'offre plus de rougeur ni de desquamation.

même temps que dans toutes les espèces de teigne, ces moyens sont mis age et suivis avec toute la ténacité possible, il faut aussi que le malade streint à la plus minutieuse propreté et placé dans les conditions hygié- s les plus favorables d'habitation, de nourriture, etc.

fin, il ne faut pas oublier que le favus est contagieux et que les malades ıt être isolés. C'est seulement à l'aide de toutes ces précautions et au le cinq, six ou huit mois que l'on peut obtenir de bonnes et solides sons.

docteur Malago (de Ferrare), plus expéditif, affirme avoir guéri la teigne ıit minutes avec le *sulfure de chaux bibasique*. Il dit avoir réussi à tal civil sur six malades âgés de trois à douze ans. Le remède n'a besoin : appliqué qu'une seule fois sur les parties malades ; dans deux cas nent, il s'est vu obligé d'en répéter l'application à quelques jours stance. Il doit être employé avec une grande circonspection, sous la d'une pâte molle et chaude, à l'aide d'un pinceau ; il a une action caus- et dans le cas de favus disséminé, il faut bien faire attention de ne étendre sur les parties du cuir chevelu restées intactes.

·alablement à l'emploi de ce remède, on doit raser les cheveux le plus ·ment possible. On applique ensuite la pâte, qui doit être très chaude,

de ne produire aucun résultat ; on la laisse agir de six à huit ...dant lesquelles les malades ne ressentent aucune douleur ; puis, ...otions pratiquées avec un autre pinceau imbibé d'eau pure ou de compresses mouillées, on enlève les traces du topique.

Le remède dont il s'agit est composé de sulfure de chaux sec et de chaux récemment éteinte et réduite en consistance molle ; on unit ces deux substances, et l'on en forme ainsi un sel de chaux à double base. Le mélange de la chaux récemment éteinte avec le sulfure doit être fait à chaud et peu de temps avant que le remède soit appliqué, attendu que, comme je l'ai dit, le sulfure se solidifie en se refroidissant.

CHAPITRE V.

DU PEMPHIGUS.

Le pemphigus est une affection bulleuse de la peau que caractérise une éruption de taches rosées suivies de bulles remplies de liquide et de croûtes minces lamelleuses.

Le pemphigus, qui se montre chez l'adulte sous la *forme aiguë* et sous la *forme chronique*, se développe toujours chez les enfants à la mamelle comme une maladie aiguë.

Il y a deux espèces de pemphigus : le *pemphigus simple infantile* et le *pemphigus syphilitique*. Ce dernier doit faire l'objet d'un chapitre spécial placé dans l'histoire de la syphilis des nouveau-nés.

Le pemphigus simple n'est jamais congénital ; il paraît plusieurs jours ou plusieurs mois après la naissance, sous forme de bulles plus ou moins nombreuses, entourées d'une auréole rosée, remplies de sérosité claire, limpide ou légèrement opaline et placées sur tout le corps à la surface de la peau, sans intéresser son tissu au moyen de l'ulcération. Ces caractères pourraient seuls servir à distinguer le pemphigus simple du pemphigus syphilitique qui se développe surtout à la paume des mains et à la plante des pieds ; mais il y a encore les circonstances commémoratives qui, en indiquant chez les parents l'existence d'une infection récente ou éloignée, donnent un élément de plus à la conviction.

Le pemphigus simple est ordinairement le résultat de la misère ou de la malpropreté.

Des taches exanthématiques se montrent d'abord à la peau, sur tout le corps, puis, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les bulles se forment et offrent un centimètre à un centimètre et demi de diamètre ; ordinairement discrètes, et au nombre de trois ou quatre, elles sont quelquefois assez nombreuses sur tout le corps. Elles sont remplies de sérosité claire, jaunâtre, quelquefois opaline, puis elles se déchirent et se rident. Il en résulte une petite plaie que recouvre une croûte mince, lamelleuse, jaunâtre, qui adhère

ues jours et tombe sans laisser d'autres traces qu'une macule rougeâtre.
ez les jeunes enfants, l'éruption du pemphigus est apyrétique ou accom-
e d'une fièvre plus ou moins vive. Elle est ordinairement apyrétique.
e dure de sept à huit jours, ne présente point de gravité et se termine
urs par résolution.

e fois j'ai vu le pemphigus se développer chez un enfant de six jours au
d'un ictère très prononcé; il s'est également terminé de la manière la
eureuse.

bains simples, des bains de son ou d'amidon et des boissons délayantes
tuent tout le traitement du pemphigus simple. Si les bulles sont très
es, il faut les évacuer de bonne heure par des piqûres d'aiguille, afin
iquer l'épiderme sur la peau et de hâter la cicatrisation. Il faut aussi
r aux enfants quelques cuillerées de sirop de chicorée composé ou de
el à dose purgative, et leur faire prendre chaque jour une cuillerée de
de quinquina.

CHAPITRE VI.

DE L'ÉRYSIPÈLE.

ysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle est une maladie
équente qu'il importe de bien connaître, en raison de sa marche singu-
t de son extrême gravité. On la rencontre plus souvent dans les hôpi-
ue dans la ville, et elle est particulièrement fréquente à l'hospice des
s trouvés.

te maladie a été décrite par F. Hoffmann (*umbilicalem regionem in
ibus frequentius infestat, ac inde per abdomen spargitur cum gravibus
natibus, funesto ut plurimum eventu*), par Underwood, par Billard, par
ache (1), par M. P. Dubois, par M. le professeur Trousseau et par
ynet (2), etc., etc.

Causes.

ysipèle est presque toujours le résultat de l'inflammation circonscrite de
. Une fois je l'ai vu sur un jeune garçon de quatorze mois, qui pour un
compliqué de pneumonie eut un vésicatoire sur le devant de la poi-
partant de là, il parcourut le tronc, les cuisses, les membres, tout le
enfin, à l'exception de la tête. Il succède à la phlegmasie qui entoure
tons de vaccine, à l'impétigo du cuir chevelu, des yeux ou des oreilles,
rçures des cuisses, des bourses et des lèvres, et enfin à la phlegmasie
compagne la chute du cordon ombilical. La dernière de ces causes est
commune; c'est à elle qu'il faut rapporter le plus grand nombre des
les chez les nouveau-nés. Dans quelques circonstances même, ainsi

Dictionnaire de médecine.
Thèse inaugurale.

que cela résulte des observations intéressantes de M. Moynet, la maladie se montre sous la forme épidémique. Cet auteur a vu au même moment, d'avril en décembre 1859, sur 376 nouveau-nés, 89 cas d'érysipèle de la base du cordon : 44 furent suivis de la mort. Il est vrai que chez ces enfants il s'agissait plutôt d'un phlegmon érysipélateux de l'ombilic que d'un véritable érysipèle.

Après avoir indiqué les causes occasionnelles de l'érysipèle, savoir : les inflammations cutanées autour des pustules vaccinales, autour des gerçures des fesses et des cuisses, autour de la cicatrice ombilicale, etc., il faut dire que ces causes seraient sans résultat, si une influence étrangère ne venait aider à leur action. En effet, on voit chaque jour des enfants qui offrent de pareilles altérations sans que l'érysipèle en soit la conséquence. Il faut donc qu'il y ait chez l'individu une prédisposition favorable au développement de la maladie.

Cette prédisposition est déterminée par les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les enfants des pauvres, par l'influence fâcheuse qu'ils subissent par leur encombrement dans les hôpitaux de l'enfance, et enfin par les constitutions épidémiques du moment. Ainsi l'érysipèle n'est jamais plus fréquent que dans le cours des épidémies de fièvre puerpérale. C'est à cette circonstance qu'il faut rapporter le développement des érysipèles, et non pas à des plaies légères qui se cicatriseraient sans accident dans une constitution médicale meilleure. C'est aussi à cette influence épidémique qu'il faut rapporter la gravité de la maladie.

L'érysipèle est aussi quelquefois le résultat de la mauvaise alimentation des enfants ou de l'alimentation par un lait corrompu : ainsi M. Rayer a vu cette maladie se développer chez un enfant qui teta pendant quelques jours une nourrice atteinte de dysenterie. Il ne serait pas impossible qu'un lait altéré dans sa source par de mauvais aliments, les moules par exemple, pût produire cette affection cutanée.

Symptômes.

Cette maladie est tantôt *fixe* et tantôt *ambulante*. Elle débute ordinairement comme une affection locale, sans être précédée des troubles généraux qu'on observe si souvent du côté des voies digestives dans l'érysipèle des adultes. Elle n'est point précédée par la fièvre, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels : par exemple, lorsqu'une violente inflammation du bras autour des boutons de vaccin est la source du mal. Quelquefois, au contraire, elle offre tous les caractères d'une maladie générale qui s'annonce par la fièvre, les convulsions, l'ictère, etc. C'est une sorte de fièvre éruptive, liée à l'influence puerpérale et généralement très grave.

Dès que l'érysipèle est déclaré, la fièvre s'allume ou augmente ; elle se reconnaît facilement à l'état de malaise, d'agitation et d'insomnie dans lequel se trouvent les jeunes enfants, à la soif qui les dévore, à la chaleur de la peau et au degré d'accélération du pouls.

les ouvrir de nouveau. Tous les huit jours, on ramenait l'enfant, et chaque
s'étaient de nouveaux abcès à ouvrir.
bout de trois mois enfin, cessèrent de se montrer des abcès, et l'enfant
e tetait bien sa nourrice. Elle était très chétive. Ramenée à ma consulta-
eux mois après pour une entérite aiguë, je constatai qu'elle était bien guérie.

Érysipèle des jeunes enfants est, comme on le voit, une maladie excessi-
nt grave. Un grand nombre de nouveau-nés périssent. Il n'y a que les
s un peu plus avancés en âge qui puissent mieux résister et guérir. Encore
-il bien peu chez lesquels on ait pu réussir à triompher de ces accidents.

Anatomie pathologique.

us ne nous arrêterons pas longtemps sur l'anatomie pathologique de
ipèle, car cette étude n'offre pas beaucoup d'intérêt.
s parties affectées sont le siége d'un œdème plus ou moins considérable,
st surtout très prononcé à l'extrémité des membres. Là le tissu cellulaire
filtré d'une assez grande quantité de sérosité.
trouve quelquefois du pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire,
sans réunion par foyer. Nous avons trouvé cette altération chez un enfant
ois semaines, qui succomba après quinze jours de maladie. Cette infil-
n existait dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale antérieure et
le tissu cellulaire du cuir chevelu. Le même enfant avait en outre, dans
ritoine, une assez grande quantité de sérosité purulente, et sur les vis-
des fausses membranes albumineuses très minces et très faciles à
ber.
derwood a observé les mêmes altérations sur les cadavres de plusieurs
ts, des adhérences entre les différents viscères qui étaient tapissés par
exsudation plastique exactement semblable à celle qu'on rencontre sur
scères des femmes mortes de la fièvre puerpérale.
péritonite est, comme nous l'avons dit, d'après Baron, l'une des altéra-
les plus constantes chez les jeunes enfants qui succombent à la maladie
ous occupe.
s autres organes ne nous ont présenté dans les autopsies que nous avons
aucune altération qui mérite d'être mentionnée.

Traitement.

elque grave que soit l'érysipèle des nouveau-nés, il ne faut point rester
l'inaction. Il faut dès le début tâcher de combattre la phlegmasie de la
à l'aide de moyens énergiques.
n doit chercher à le prévenir en surveillant avec soin la cicatrisation du
on ombilical, et en ne vaccinant pas trop tôt les enfants, à moins qu'on
soit obligé par une épidémie de variole. Cela est surtout très important

s'il règne une épidémie de fièvre puerpérale, cause prédisposante active du développement de cette maladie.

Les émissions sanguines locales par une ou deux sangsues au pourtour du siége primitif de l'érysipèle, doivent être mises en usage, si la force du constitution des enfants le permet. Dans le cas contraire, il faut se borner, comme on le fait à l'hôpital des Enfants trouvés, à prescrire des fomentations émollientes, des bains émollients ou astringents et de fréquentes onctions sur l'axonge et l'onguent mercuriel.

MM. Hamilton Bell et Ch. Bell (d'Édimbourg) traitent ces érysipèles par la teinture de perchlorure de fer à l'intérieur, 2 gouttes dans une cuillerée d'eau sucrée toutes les deux heures, et donnent en outre une légère purgation avec l'huile de ricin ou le calomel.

La teinture se prépare avec le perchlorure de fer cristallisé, 30 grammes pour 220 grammes d'alcool à 36 degrés.

Ou bien on fait digérer pendant trois jours 180 grammes de sous-carbonate de fer dans 30 grammes d'acide chlorhydrique, on ajoute ensuite lentement 90 grammes d'alcool, et l'on filtre la solution.

On a aussi cherché à détruire l'érysipèle à l'aide des topiques astringents, tels que les fomentations astringentes de tannin, de sulfate de fer et de sublimé corrosif, ou à l'aide de bains chargés de ces mêmes substances. On peut mettre 10 et 15 grammes de sulfate de fer dans l'eau du bain. Underwood employait les fomentations d'acétate de plomb, et les bains de quinquina joints à des plantes aromatiques. Le sublimé peut être employé en solution, d'après le docteur Schott (de Philadelphie), à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée : 3 ou 5 grammes au plus doivent suffire pour mettre dans un bain. Ces tentatives n'ont pas eu tous les résultats qu'on en attendait, et l'on a reconnu que tous ces moyens étaient insuffisants pour combattre avantageusement la marche de la maladie.

Des médecins ont conseillé de séparer par une bande de vésicatoire les parties saines des parties érysipélateuses, dans l'espoir de circonscrire la maladie et de la détruire au lieu même de sa naissance. J'ai vu M. Velpeau employer cette médication sans aucun bon résultat; il en a été de même des cautérisations avec le nitrate d'argent et avec le fer rouge faites dans le même but sur les limites de la phlegmasie cutanée. L'érysipèle a toujours dépassé les barrières qu'on voulait lui opposer, et il continuait sa marche errante comme il a été dit précédemment.

Le collodion cependant paraît réussir à limiter le mal dans le lieu de son origine. M. Robert-Latour a rapporté un grand nombre de succès obtenus sur des adultes et un seul sur un nouveau-né. C'est là une médication à employer. Pour cela il faut prendre :

Collodion.....	40 grammes.
Térébenthine de Venise.....	20 décigrammes.
Huile de ricin	5 décigrammes.

Au moyen d'un pinceau de charpie on recouvre de collodion la partie érysipélateuse en dépassant le mal de plusieurs centimètres. Deux ou trois couches sont ordinairement nécessaires pour faire un enduit assez épais et assez résistant. Si quelque portion de cet enduit se détachait de la peau, il faudrait aussitôt la remplacer à l'aide d'une nouvelle couche imperméable.

Pour terminer, nous indiquerons le moyen proposé par M. Meigs. Ce médecin a traité plusieurs cas d'érysipèle chez les nouveau-nés, qui ont cédé promptement à l'emploi du liniment de Kentisch (mélange d'onguent basilicum et d'essence de térébenthine) appliqué plusieurs fois par jour sur la partie malade.

Aphorismes.

300. L'érysipèle des nouveau-nés est très commun au moment des épidémies de fièvre puerpérale, et résulte souvent de cette influence épidémique.

301. L'érysipèle des nouveau-nés sort presque toujours d'une plaie cutanée, et surtout de celle qui résulte de la chute du cordon ombilical.

302. L'érysipèle des nouveau-nés est presque toujours mortel.

303. L'érysipèle des enfants devient de moins en moins grave à mesure qu'on s'éloigne du premier mois de la vie.

CHAPITRE VII.

DES NÆVUS ET DES TUMEURS ÉRECTILES.

On donne le nom de *nævus* à certaines taches ou marques cutanées que les enfants apportent en naissant et qui persistent toujours. C'est ce qu'on appelle des *envies*, des taches de naissance, et au besoin des *tumeurs érectiles* lorsque le mal a pris la forme de tumeur et fait une saillie considérable à la surface de la peau.

Les nævus présentent plusieurs formes, importantes à séparer et qu'il est d'ailleurs facile de reconnaître. Les uns sont superficiels, peu vasculaires, et non susceptibles de dégénérescence, et les autres intéressent plus profondément la peau; ils sont très vasculaires, augmentent chaque jour en volume, constituent rapidement autant de tumeurs érectiles. Je donne aux premiers le nom de *nævus superficiels pigmentaires*, et aux autres le nom de *nævus érectiles*.

Il y a aussi des *tumeurs érectiles sous-cutanées*, mais cela est très rare; j'en ai vu un exemple dans l'articulation du genou, et dont la mort m'a permis de déterminer la véritable structure.

Observation I. — *Tumeur érectile de l'articulation du genou.* — Une fille de trois ans, couchée au n° 14 de la salle Sainte-Rosalie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, faible, chétive, anémique, est entrée avec une tumeur du genou faisant saillie à la partie interne des condyles du fémur. La rotule était soulevée, chassée en dehors et s'abaissait sur les condyles du fémur par la pression.

Cette tumeur était molle, élastique, sans changement de couleur à la peau et l'on y sentait une rénitence semblable à de la fluctuation. Une ponction exploratrice fut faite; il ne sortit que deux ou trois gouttes de sang, et il n'y eut pas d'inflammation consécutive.

Un mois après, l'enfant mourut de diarrhée colliquative.

L'articulation du genou disséquée avec soin montra :

1° La peau saine.

2° Sous la peau, une couche de tissu cellulaire à travers laquelle on voyait les inégalités d'une tumeur molle et noire faisant saillie en dehors de la rotule et dedans des condyles du fémur et du tibia, et pénétrant dans l'articulation du genou.

3° Une articulation fémoro-tibiale saine, sans liquide intérieur, des cartilages intacts et une séreuse naturelle.

4° Une tumeur noirâtre spongieuse pénétrant entre les condyles internes du fémur et du tibia, jusqu'aux ligaments croisés de l'articulation, et recouvrant en dehors ces condyles dans une étendue de 4 centimètres environ.

Cette tumeur, en tout du volume d'une petite noix, est formée d'une trame fibreuse aréolaire, formant des petites cavités inégales communiquant les unes avec les autres et remplies de sang. Cette trame remplie de sang a l'aspect du tissu des corps caverneux ou du tissu hémorrhoïdal; en raclant avec le scalpel, on fait circuler le sang d'une cavité à l'autre; on en le fait sortir au dehors par les ouvertures faites au moment de la préparation.

On ne saurait mieux donner l'idée de ce tissu singulier qu'en le comparant à une éponge très fine remplie de sang.

On ne trouve dans cette trame aucun élément vasculaire, et elle paraît au microscope, exclusivement composée par les éléments du tissu cellulaire. La pression faite avec soin a pu enlever tout le sang contenu dans son intérieur.

Ce qu'il y a de curieux dans ce produit morbide, c'est l'absence de tout élément hétéromorphe, et sa constitution par un élément anatomique normal offrant une disposition rare et qui n'a pas encore été signalée. Ce n'était pas un tissu devenu vasculaire proprement dit, avec des vaisseaux distincts, qu'on a désigné sous le nom de tissu fongueux ou de fongosités sanguines; c'était un tissu cellulaire érectile, spongoïde, rempli de sang noir, fluide, facile à enlever (1).

On rapporte généralement dans le monde la production des nævus aux écarts d'imagination, aux impressions et aux caprices non satisfaits de la mère. La forme quelquefois singulière de cette altération cutanée, dans laquelle les uns voient l'apparence de cerises, de fraises, de mûres, de framboises, de la tête d'un animal ou de quelque autre objet que ce soit, semble justifier cette étiologie plus que douteuse. Mais rien de tout cela n'est démontré, et tout ce qu'on a dit à cet égard n'est que fantaisie et pure crédulité. Sans nier en aucune façon l'influence toute-puissante de la mère sur les dispositions physiques du fœtus, ce qui n'a plus besoin d'être démontré, il faut attendre des motifs suffisants de croyance pour admettre la réalité de cette intervention. Dans l'état actuel de la science, on ignore entièrement la cause du développement des nævus.

Le *nævus superficiel pigmentaire* existe sur tout le corps, mais plus souvent au visage, sur les paupières et sur les lèvres; il est ordinairement bien circonscrit sous forme de taches étroites ou très étendues, il ne s'élève pas très

(1) Société de biologie.

ement au-dessus de la peau; sa couleur uniforme varie du bistre au oncé, du rouge sombre au violet noirâtre; il change peu dans les mou-ts d'expiration et au moment des cris. Sa surface est assez égale, ordi-ent glabre; quelquefois couverte de poils soyeux et fins. Ordinairement hes ne font pas de progrès, elles restent dans un état stationnaire quant icture et au volume, elles s'étendent proportionnellement aux parties supportent. Elles ne sont pas susceptibles de dégénérescence si on ne e pas, et elles persistent ainsi pendant toute la durée de la vie.

sont formées par une altération superficielle de la peau qui ne pé-as dans son épaisseur. Riches de vaisseaux et de pigment, ainsi que l'a M. de Blainville, qui les appelle *taches pigmentaires*, elles paraissent r le tissu muqueux de Malpighi.

me le nævus superficiel ne détermine pas de douleur, et n'a d'autre énient que celui de la difformité, il faut le laisser en repos, et ne pas ux conseils de ceux qui veulent qu'on le fasse disparaître à l'aide de la ation d'un vésicatoire ou d'une escharification superficielle par l'em-de Plenck, composé de parties égales de chaux vive et de savon de Cet emplâtre, qu'on laissait douze heures en place pour produire une suffisante, a le grave inconvénient de produire une vive inflammation aisser souvent une cicatrice plus difforme que la tache à détruire.

hassaignac s'est inspiré de cette idée en proposant de les détruire par *risation sèche* que je vais faire connaître, mais il faut attendre de nou-bservations pour se prononcer à son égard.

ode de cautérisation est celui qu'on emploie habituellement lorsqu'on du caustique de Vienne, mais entouré de soins minutieux qui tous r but de prévenir la suppuration. Pour lui conserver ce caractère es-on doit l'appliquer seulement aux lésions qui affectent une faible ur des tissus, ou, lorsqu'elles présentent une certaine étendue, les r par fractions, en laissant un long intervalle entre chaque cautérisation. ouche de pâte de Vienne doit être le plus mince possible, eu égard à la leur de l'altération de la peau; elle n'est jamais laissée en place plus de inutes; on lave la partie escharifiée avec de l'eau vinaigrée, afin d'en-oute trace de caustique. Après avoir essuyé avec soin les parties, on ap-un morceau d'amadou bien souple, qui a exactement la forme de la e cautérisée. Si, dès lors, on préserve l'accès de toute humidité, l'amadou e d'une façon si intime avec l'eschare, qu'il ne tombe qu'avec elle, et ci ne se détache qu'après la cicatrisation complète des tissus qui lui sont ents. Cette adhésion de l'amadou est la condition *sine quâ non* de la e. En voici un exemple :

RVATION II. — M. Raoux (Louis), vingt-deux ans, externe des hôpitaux porte sur le front, à gauche, une tache pigmentaire, un peu mame-égulièrement ovalaire, et présentant les dimensions d'une pièce de , son diamètre transversal a 50 millimètres, le vertical 53 seulement.

Le 22 juin 1853, première application de la pâte de Vienne faite sur le tiers moyen de la tache; le caustique est laissé pendant quatre minutes, puis remplacé par un peu d'amadou : celui-ci, maintenu pendant trois ou quatre jours au moyen d'un bandeau, prend des adhérences tellement solides, qu'on peut se dispenser de tout autre appareil extérieur. Les phénomènes d'élimination de l'escharre et de la cicatrisation cutanée s'opèrent à sec.

Le 12 octobre 1853, application de pâte de Vienne faite sur le tiers inférieur de la tache pendant huit minutes; pansement avec l'amadou, qui adhère tout promptement à l'escharre, et rend, au bout de dix-huit jours, tout pansement externe inutile.

Le 10 février 1854, on attaque le tiers supérieur de la tache. le caustique est laissé cinq minutes en place.

Ces trois cautérisations terminées, il restait encore, entre le tiers moyen et le tiers inférieur, un petit îlot de matière pigmentaire qui avait échappé aux trois cautérisations précédentes.

Le 8 mai 1854, nouvelle application de trois minutes seulement.

Au 13 juin, la cicatrice était complète.

Le 14 septembre, restait encore, dans le tiers moyen de la cicatrice, un petit mamelon bleuâtre; il est attaqué à son tour; même pansement. Guérison complète le 25 octobre 1854.

Ainsi ce nævus a été détruit par cinq applications successives faites à grandes distances l'une de l'autre. Les applications caustiques ont duré trois, quatre, cinq et huit minutes, suivant l'épaisseur de la plaque dans les divers points de son étendue. Le pansement a toujours consisté dans l'application d'un morceau d'amadou très exactement taillé sur la forme même de l'escharre. L'amadou n'a causé ni gêne ni douleur, et ne s'est détaché que quand la cicatrisation a été complète. Aujourd'hui la cicatrice est unie et lisse; elle est blanche dans les points les plus anciennement cicatrisés, légèrement rosée sur les parties cautérisées les dernières; elle pâlit de jour en jour. Les mouvements de la peau sont parfaitement conservés. Chaque cautérisation n'a nécessité qu'un seul pansement. Enfin, excepté au moment de la cautérisation, il y a eu absence de douleur.

Il n'est guère qu'un seul moyen convenable à employer pour faire disparaître une de ces taches, c'est le tatouage; mais ce n'est utile que dans un très petit nombre de cas, lorsque la tache est très superficielle et n'est pas très étendue en surface. On pique assez profondément la peau à des distances rapprochées et l'on introduit dans chaque piqûre de l'oxyde de zinc ou de la magnésie calcinée mélangés à un peu de minium. On s'y prend à plusieurs reprises, et l'on arrive ainsi à colorer la peau par du rose et du blanc, de manière à polir notablement et à dissimuler la nuance morbide rouge foncé des téguments.

Le *nævus érectile*, qui rentre dans la catégorie des taches vasculaires, est une altération cutanée plus dangereuse, et peut être quelquefois l'origine d'accidents graves.

On peut en trouver plusieurs sur le même individu : dans un cas, à Londres, il y en avait cent cinquante sur un enfant âgé de trois semaines. Ce n'était

aches au moment de sa naissance; puis il se développa indistinctement, liverses parties du corps, des tumeurs toutes bien limitées et de volume t. De simples frictions faites avec une pommade iodurée, et sans at- l'effet rubéfiant, les firent disparaître rapidement, sauf une douzaine sistèrent sur le cuir chevelu. La santé de l'enfant était, d'ailleurs, te. Généralement le *nævus érectile* est unique. Il se développe sur es parties du corps, et de préférence sur le visage et le cou; on en a u sous la peau, dans l'articulation du genou, ainsi que je l'ai fait con- illeurs, sur la langue, ce qui est très rare.

Bernard, Hott et H. C. Johnson en ont observé deux exemples, le , sur une jeune fille de vingt ans, ayant un nævus externe siégeant commissure droite des lèvres. Elle a deux autres tumeurs vasculaires tales dans l'intérieur de la bouche, l'une occupant la face supérieure rd de la langue, ayant une large base, présentant une coloration pour- iverte par les papilles de la membrane muqueuse, et disparaissant ement par la pression ; l'autre située sous la langue, plus proéminente, a pression ne parvient pas à affaisser. Ni l'un ni l'autre de ces deux 'ayant pris de l'accroissement, et ne donnant lieu à aucun symptôme, aitement n'a été dirigé contre eux. Celui qui a son siége à la peau de été traité au moyen de la ligature.

cond exemple de cette affection rare a été observé chez un homme moyen, présentant aussi plusieurs autres tumeurs érectiles. Mais ni ières, ni le nævus qui existe sur le dos de la langue, n'ont jamais paru er de volume. Celui-ci consiste en une petite tumeur bleuâtre, située bord de la langue, diminuant par la pression, mais ne disparaissant plétement; elle ne cause aucune espèce de douleur ni d'incommodité, té découverte qu'en examinant la langue du malade, comme cela se habituellement.

vus existe déjà très développé au moment de la naissance, ou seule- us la forme d'une tache imperceptible, comparable à celle d'une mor- puce, et il s'accroît dans les jours qui suivent. Sa forme est celle che ou d'un grain rouge, brun, noirâtre; ailleurs, au contraire, d'une ougeâtre livide, violacée, quelquefois granulée, mollasse. Il se présente us forme de tumeur plus ou moins bien formée, du volume d'une ou d'une noix, quelquefois très saillante et presque pédiculée, ailleurs t la totalité du derme et s'étendant au-dessous de lui. C'est ce qui ise la *véritable tumeur érectile*. J'ai dessiné pour A. Bérard un de us congénitaux chez une femme de trente-deux ans, que j'ai suivie ulté- ent pendant une dizaine d'années.

vus veineux avait envahi tout le côté droit de la face ; devenu tuber- comme un éléphantiasis, il avait engendré sur la lèvre supérieure ndice érectile, gros comme le poing, suspendu à un pédicule gros e doigt. A. Bérard voulut opérer cette femme, qui s'y refusa avec

raison, s'il faut en juger par l'événement. En effet, au bout de dix ans il existait encore bien portante. Son nævus avait peu augmenté, mais qu'une opération n'aurait pu lui enlever tout son mal et l'eût peut-être mourir.

Cette forme de nævus est éminemment vasculaire. De nombreux vaisseaux extrêmement fins, anastomosés les uns avec les autres, sinueux et dilatés, formant des ampoules, composent son tissu, que J.-L. Petit désignait sous le nom de tissu variqueux, que d'autres ont appelé fongueux et anévrysmatique. Il est évident, d'après l'inspection qui en a été faite, que ces nævus sont constitués par une agglomération de capillaires énormément dilatés et disposés en aréoles dans lesquelles le sang circule aussi facilement que l'eau dans une éponge, et où il peut entrer et sortir sans plus d'embarras. C'est un véritable tissu spongieux que la pression affaisse et qui reprend son volume dès que rien ne lui fait obstacle. A. Bérard a injecté par les artères et par les veines une de ces tumeurs érectiles veineuses de la lèvre. L'injection par la carotide ne pénétra point du tout, et l'injection veineuse ne réussit qu'en partie incomplétement. Quelques grosses veines s'emplirent, la masse de la tumeur restait semblable à un tissu aréolaire. Elle fournissait, sous la pression d'un instrument, de la bouillie ensanglantée semblable au détritus de la rate. Elle était formée de filaments lamelleux formant des cavités canaliformes communiquant librement les unes avec les autres.

M. le professeur Nélaton a aussi étudié la disposition anatomique des vaisseaux dans un nævus de la lèvre inférieure, devenu par degrés une tumeur érectile. La masse était formée par des conduits d'apparence veineuse, du diamètre d'un quart de ligne au plus. Il était impossible de suivre un tronc et des ramifications analogues à celles que forment les veines à l'état normal. Chaque conduit, dépourvu de valvules, présentait des ouvertures latérales qui s'ouvraient dans d'autres conduits. Les parois en étaient lisses, extrêmement résistantes, comme fibreuses. Enfin, une injection poussée par un point quelconque de la tumeur refluait par toute la surface de la section.

Le *nævus sous-cutané* de l'articulation du genou dont j'ai fait l'anatomie offrait cette même structure fibreuse aréolaire, formant de petites cavités inégales, communiquant les unes avec les autres, et remplies de sang veineux : on eût dit une petite éponge fine remplie de sang.

Les nævus sont donc constitués par des capillaires veineux ou artériels anastomosés et déformés, ou par des capillaires artériels et veineux réunis à la fois ; mais, à en juger par la couleur et par l'absence de pulsations, ce sont les capillaires veineux qui prédominent, aussi a-t-on décrit ces nævus sous le nom de tumeurs érectiles veineuses. Quand les vaisseaux artériels sont les plus nombreux, la tumeur est le siége de battements isochrones à ceux des artères, mais c'est là une forme très rare. Je ne sache pas qu'on l'ait observée chez l'enfant comme altération congénitale. Je ne l'ai rencontrée que chez l'adulte, où elle se développe accidentellement.

diagnostic du *nævus érectile* présente quelquefois des difficultés chez ; il n'en est pas de même chez l'enfant nouveau-né. La coloration violette de la peau malade, sa tuméfaction inégale, sa mollesse, sa rité disparaissant sous la pression du doigt et devenant plus prononcée cri et dans les mouvements de l'effort, suffisent pour indiquer la du mal et la tumeur érectile, si celle-ci est déjà constituée. Il n'y a confusion possible, à cet âge du moins, et l'on ne confondra jamais le érectile avec les abcès, les anévrysmes et les tumeurs fongueuses encé- les, si communes à un âge plus avancé. L'erreur n'est facile que dans de *tumeur érectile sous-cutanée* sans changement de couleur à la peau, blable à celle dont j'ai parlé plus haut ; mais alors ce n'est plus un *nævus*, ne maladie toute différente, appartenant par sa forme aux tumeurs et par ure aux tissus érectiles.

nævus érectile, dans ses divers états, depuis son origine par un petit vasculaire cutané, jusqu'à la tumeur spongieuse sanguine, peut rester naire après la naissance ; mais ordinairement il s'agrandit, se dilate grés sous l'influence de l'effort et par les cris des enfants ; il tend à rer, et donne lieu, quand il s'ouvre, à une suppuration prolongée ou hémorrhagies quelquefois mortelles.

ut donc, dès que l'âge et la santé des enfants le permettent, employer yens convenables pour arrêter les progrès de ces nævus, ou pour les re en totalité, si l'on redoute quelque chose de leur évolution.

nd le nævus ou tumeur érectile reste stationnaire, on peut attendre et riser sans crainte ; on temporisera peut-être toujours. S'il paraît s'ac- lentement, il faut observer ces progrès et tâcher d'atteindre l'âge de u quatre ans avant de prendre le parti d'une opération ; si, au contraire, loppement est rapide, si la suppuration commence, si l'hémorrhagie minente ou accomplie, il faut opérer, et cela le plus tôt possible.

lques exemples de temporisation intelligente, suivie de succès, montrent lant au médecin tout ce que peut la nature livrée à elle-même, et en il serait important de connaître la marche naturelle de toutes les es. Il y a en effet des tumeurs érectiles qui restent stationnaires, d'au- ui s'accroissent et se transforment un peu plus tard en tumeurs fibro- ues et graisseuses, comme je l'indiquerai plus loin.

connu un homme de quarante-cinq ans qui vint au monde avec un gros comme une noisette, situé à la partie latérale du cou ; cette tumeur un peu grossi, et il allait être opéré, vers l'âge de dix ans, lorsque sa s'y opposa résolûment. Aujourd'hui la tumeur est affaissée et forme une noire sans épaisseur à la surface de la peau. MM. Allier, Monod et on ont apporté des faits de ce genre ; d'autres ont été observés par oreau et publiés par Vidal (1). Ils méritent la plus sérieuse attention.

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 5e édition. Paris, 1861, p. 38.

Observation III. — Un enfant est né avec une marque rouge à la joue, sur la pommette même. Cette marque ressemblait d'abord à la piqûre d'une puce. pendant les premiers mois de l'existence, point de progrès sensibles, mais à la fin de la première année, on s'aperçut que le point où était la tache dépassait le niveau de la peau. Cette tumeur se gonflait quand l'enfant poussait des cris et se colorait davantage; du rose vif elle passait alors au rouge écarlate. De la première à la quatrième année, elle s'agrandit encore et prit la forme et le volume d'une belle cerise. M. Moreau fut d'avis de ne pas toucher à la tumeur, plusieurs faits lui ayant appris qu'elle pouvait disparaître spontanément. Dupuytren, consulté ensuite, jugea la tumeur fort grave, et conseilla une prompte extirpation. Boyer, qui fut aussi consulté, signala les dangers de l'extirpation et conseilla de comprimer la tumeur. Dubois se rangea du côté de M. Moreau, et la temporisation fut adoptée.

L'enfant se développa ; la tumeur resta d'abord stationnaire, puis commença à pâlir, à se flétrir vers l'âge de sept où huit ans. Peu à peu la rougeur et la consistance de la tumeur disparurent; il resta une poche qui ressemblait au péricarde d'un fruit très flétri ; à douze ans, il ne restait aucune trace de ce nævus.

Observation IV. — Une autre enfant portait, au moment de la naissance, sur le milieu et le haut du front, à l'origine des cheveux, un nævus ayant l'apparence d'une cerise. A huit mois, quand M. Moreau la vit pour la première fois, cette tumeur avait le volume, la forme de la première phalange du doigt médius d'un adulte. Gall, qui avait été consulté, adressa la malade à Dupuytren, qui proposa l'extirpation. M. Moreau, craignant les dangers d'une opération pratiquée sur la tête d'un si jeune enfant et dans le voisinage d'une fontanelle, eut l'opinion d'un ajournement : 1° parce que l'opération serait, plus tard, moins dangereuse ; 2° parce que, en temporisant, on pourrait bien voir ce nævus disparaître.

L'enfant suivit en voyage ses parents qui allaient en Suède, ou elle resta jusqu'à dix-sept ans. On avait adopté la temporisation. M. Moreau a revu cette demoiselle à son retour à Paris, et il n'a trouvé aucune trace de la tumeur du front.

Observation V. — Une autre enfant, la fille d'un agent de change, naquit avec un nævus érectile de même espèce, dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, d'où elle s'étendait dans le vagin. M. Moreau proposa encore la temporisation, et il fut approuvé par Dubois. Dupuytren avait proposé l'excision. Les parents suivirent le premier conseil, et la nature fit disparaître cette tumeur, qu'on n'aurait pu enlever sans le plus grand péril.

Holmes Coote, Bickersteth, Laboulbène, Waremont et Verneuil ont publié des faits de ce genre. Ils ont vu des tumeurs érectiles, même assez volumineuses, ayant perdu leur caractère vasculaire, érectile, et transformées en tumeurs mollasses comme une éponge, de consistance molle et dure en divers points, à surface bleuâtre et blanchâtre, formées par un tissu fibreux entremêlé de graisse et de kystes plus ou moins volumineux et nombreux, remplis de sérosité citrine ou sanguinolente, de caillots plus ou moins décolorés, friables ou ramollis et pulpeux. Dans quelques cas, ces tumeurs renferment des vaisseaux, généralement en petit nombre, et quelques filets nerveux.

les choses ne marchent pas toujours aussi heureusement. Chez un ombre d'enfants, la tumeur érectile se développe assez vite et menace r la rupture de la peau : alors il faut se hâter de la faire disparaître. ion ne présente pas de difficultés quand l'altération existe circonscrite large surface de peau saine et loin de parties importantes. C'est, au :, une opération très délicate à entreprendre, quand le nævus a pour lèvre ou les paupières, là où une perte de substance peut être fort ble. Aux paupières principalement, le voisinage de l'œil gêne considé- t les manœuvres opératoires.

Traitement.

nts moyens ont été employés dans le but de faire disparaître les ectiles par la destruction sur place, ou par la transformation en un triciel non susceptible de dégénérescence vasculaire.

cination et l'inoculation du tartre stibié ; l'acupuncture et les injec- stiques ; la cautérisation électrique ; la ligature et la compression nt quelquefois à transformer le nævus érectile en tissu fibro-cellu- xtirpation et la cautérisation, au contraire, détruisent le mal dans la eur et l'enlèvent dans la totalité.

nation. — La vaccination est une excellente méthode à employer dans ment des nævus érectiles qui ne sont ni trop étendus, ni trop volumi- lle ne jouit pas de toute la faveur qu'elle m'inspire et qu'elle mérite. ne coup elle remédie aux éventualités de la variole et aux consé- d'une lésion cutanée fort redoutable.

ccination doit être pratiquée par de nombreuses piqûres rapprochées, d'un centimètre, disposées tout autour du nævus, et quelques-unes face. Il faut prendre directement le vaccin sur le bras d'un enfant Lorsque cette inoculation réussit, les pustules paraissent et se déve- comme de coutume. Au septième ou huitième jour, une inflammation , quelquefois alarmante, se manifeste, s'étend en profondeur dans la sculaire du nævus, qui se gonfle et devient très douloureux. Puis, éruption vaccinale sèche, l'inflammation qui environne les pustules et le nævus, profondément modifié, à demi détruit, s'affaisse lente- disparaît au bout de quelques mois sous les cicatrices du vaccin. p de médecins ont déjà réussi par ce procédé, que j'ai employé deux un plein succès. M. Boyer l'a mis en usage, pour un nævus assez ux de la joue et de la lèvre, et il a vu les parties transformées re- à peu près leur disposition naturelle. M. Marjolin y a eu recours cas qui ne semblait pas favorable à cause de l'étendue des altéra- cependant il a réussi. C'était chez une enfant de six semaines. Le ectile occupait la peau de la *moitié* du crâne et de la face, il envа-

hissait les muqueuses du même côté, et se montrait dans l'œil, à la surface interne des joues et jusque sur la voûte palatine.

Chacun regardait cette lésion comme étant au-dessus des ressources de l'art.

L'enfant n'était pas vaccinée. M. Marjolin eut l'idée de profiter de cette circonstance, et d'essayer la vaccination comme moyen thérapeutique du nævus. Il fit une douzaine de piqûres seulement sur les limites de la tumeur. Quelques-unes donnèrent lieu à une hémorrhagie que l'on eut peine à faire cesser; une inflammation assez vive se développa, et quand elle fut tombée la tumeur commença à diminuer de volume. Au bout de quatre ans, la guérison parut complète; il restait un peu de tuméfaction au-dessous de la paupière supérieure, à la commissure labiale et à la voûte palatine. Sur le front, dans la tête et sur les joues, se voyaient des traces blanchâtres tout à fait semblables à du tissu inodulaire. La cicatrisation fut assez parfaite pour résister à une chute de l'enfant dans laquelle il se fit au front une plaie contuse non suivie d'hémorrhagie.

En 1855, M. Legendre a réussi par ce procédé sur un nævus de la face, large de 2 centimètres, et j'ai lu que Hanner (1) (de Munich) avait, par ce procédé, guéri trois enfants atteints de tumeurs érectiles assez étendues. Le dernier, âgé de neuf mois, avait toute la paupière gauche occupée par une proéminant de quelques lignes. Douze à quinze piqûres furent pratiquées; la réaction et le gonflement considérables furent combattus par des applications d'huile, des fomentations froides, et la guérison eut lieu, laissant après elle une cicatrice d'assez belle apparence.

Enfin, en 1855, M. Charrier a réussi par le même procédé sur un enfant âgé de deux mois qui portait quatre tumeurs érectiles : l'une à la tempe droite, de 18 millimètres de largeur sur 2 millimètres de saillie; la seconde au cou, du volume d'une petite lentille; la troisième dans le creux sous-sternal et la quatrième au-dessous du creux axillaire. Ces deux dernières avaient à peu près les dimensions de la première. Elles étaient toutes quatre d'un rouge éclatant, vermeil, et se gonflaient pendant les cris de l'enfant. On fit trente-cinq piqûres ainsi réparties : sept au pourtour de la peau et deux sur le milieu de la tumeur de la tempe; pour la deuxième, une sur la peau et une sur la tumeur; dix au pourtour de la tumeur sous-sternale et deux sur la tumeur elle-même; neuf autour de la tumeur axillaire, et trois sur le milieu du nævus. Tout le tissu érectile s'est trouvé transformé en tumeurs offrant les caractères du phlegmon, qui se termine par suppuration. Ces tumeurs vaccinales ont suivi régulièrement toutes leurs phases, les boutons se sont rejoints, confondus, ont suppuré; la période de dessiccation est survenue; les croûtes se sont formées, et puis sont tombées du vingt-deuxième au vingt-septième jour, laissant à leur place la cicatrice gaufrée, rosée, caractéristique, celle en un mot qui fait suite au bouton vaccinal.

(1) *Journal fur Kinderkrankh*, 1855.

t les phénomènes locaux signalés plus haut, l'enfant n'a éprouvé se, vers le septième jour, qu'un petit mouvement fébrile avec un peu ı et de diarrhée, auquel la vaccine était probablement étrangère, car bientôt l'explication plus naturelle par l'éruption d'une rougeole qui ı cours ordinaire. Quant à l'éruption vaccinale, elle eut également sa égulière habituelle. Dès le vingt-cinquième jour de l'opération, après des croûtes, on put constater qu'il n'existait plus de traces de tissu La guérison a été confirmée et reconnue parfaite depuis.

laton a modifié ce procédé, et au lieu d'inoculer sur la tumeur, pour petite hémorrhagie, qui entraîne, dit-il, l'insuccès de l'opération, il au dedans de la tumeur, en agissant de la manière suivante. On e vaccin pris de bras à bras les pointes d'épingles à insectes; on les ns la tumeur et on les laisse en place. Elles s'opposent alors à la sortie en faisant en quelque sorte office de bouchon. Le nombre des varie suivant la grandeur de la tumeur; mais, en général, la distance er entre chacune d'elles peut être évaluée à un centimètre ou à un ıtimètre. Que se passe-t-il alors? Pendant les deux premiers jours,

isième et le quatrième jour la tumeur s'enflamme, bientôt une érup- cinale vient la recouvrir en entier, et l'on aura pour dernier résultat ırice de vaccine. Si la destruction n'était pas complète, on pourrait, gir la cicatrice extérieure, pratiquer à sa base une petite cautérisa- moyen d'un fil de platine rougi. Remarquons en passant que la sphère de la vaccine s'étend beaucoup plus loin que celle des autres agents ıteurs.

les deux observations suivantes, les petits malades n'étant pas encore , M. Nélaton retira les plus grands avantages de ce mode d'inocula- ore modifié.

VATION VI. — Un jeune enfant *non vacciné* présentait à la région paroti- une énorme tumeur érectile sous-cutanée : s'inspirant des recherches rard, M. Nélaton eut la pensée d'y faire pénétrer le vaccin par des *trajets* préalablement ouverts dans sa substance. Il fit passer parallèlement, à cette tumeur, quatre aiguilles dans une direction horizontale, et deux iguilles dans le sens vertical; il y avait donc six trajets fistuleux. Il laissa ıatre heures les aiguilles en place, puis il leur substitua autant de fils. Ces étons furent maintenus pendant quelques jours jusqu'à ce que les conduits fussent formés et la membrane granuleuse bien établie.

le huitième jour, il crut devoir pratiquer l'inoculation, qui présentait s difficultés. Il fallait en effet porter le virus dans la tumeur, sans donner ce à une cicatrice extérieure; les orifices devaient donc être préservés de ıtact avec le vaccin. Voici la méthode employée par M. Nélaton. Les istuleux étant traversés par des fils, on fit glisser sur eux une canule lacrymale du plus petit calibre : puis, ayant chargé de vaccin la partie e entre deux taches noires disposées à leur surface comme points de on les tira à travers *la canule*. Six sétons chargés de vaccin purent ainsi

pénétrer jusqu'au centre de la tumeur sans toucher l'orifice des trajets. Au bout de quatre jours, une tuméfaction inflammatoire considérable se produisit dans la tumeur ; elle parcourut la période de l'inflammation vaccinale et disparut en laissant une masse très dure, très compacte, de tous les vaisseaux qui constituaient la tumeur.

Le résultat fut des plus satisfaisants, et M. P. Dubois, qui n'a pas perdu l'enfant de vue, a confirmé à M. Nélaton la parfaite guérison. Dans ce cas, il y eut, malgré toutes les précautions prises, un orifice atteint par le vaccin; mais on doit attribuer cet accident à une manœuvre qui aura dérangé l'appareil.

Une seconde fois M. Nélaton a pratiqué la même opération :

Observation VII. — Le petit malade portait une tumeur érectile au bout du nez. La cautérisation ordinaire, la cautérisation électrique, avaient donné un assez bon résultat ; cependant la tumeur gagnait les fosses nasales, car elle était non-seulement sous-cutanée, mais sous-muqueuse, sous-pituitaire. La vaccine réussit encore dans ce cas à détruire complétement le tissu morbide.

La vaccination peut donc avoir de sérieux avantages dans le traitement des nævus; les faits que je viens de rapporter plus haut, dont je pourrais grossir le nombre en puisant aux archives des vaccinations de l'Académie de médecine, en sont la meilleure preuve. C'est par ce moyen qu'on devrait toujours commencer le traitement des nævus, réservant en seconde ligne, et dans le cas d'échec, les autres procédés que possède la science et dont je vais parler succinctement.

Inoculations de tartre stibié. — A défaut d'inoculation vaccinale, on a employé les inoculations de tartre stibié, qui produisent des pustules volumineuses, analogues aux pustules de vaccin, du moins quant à la forme.

C'est là une idée fort ingénieuse à laquelle je ne puis qu'applaudir, mais il m'est difficile de la juger définitivement, car je n'ai pas eu l'occasion de la réaliser, et elle n'a pas encore été mise assez souvent en pratique.

Un médecin anglais, M. Cumming, dit avoir employé huit fois cette médication et toujours avec succès. On applique sur la tumeur un petit emplâtre d'onguent de la mère ou de poix de Bourgogne, tenant incorporé du tartre stibié, à la dose de 75 centigrammes pour 4 grammes de poix ou d'onguent de la mère. En 1855, il a publié un nouvel exemple de guérison, dont voici le résumé :

Observation VIII. — Un enfant de neuf mois avait sur la tempe droite une de ces tumeurs très large. Les bords et une petite partie du centre avaient été guéris par la vaccination, mais une grande portion en subsistait encore et donnait lieu à des hémorrhagies dangereuses. La compression, le froid, les astringents, étaient restés sans effet. C'est alors que M. Cumming appliqua sur le nævus un emplâtre de galbanum, saupoudré de 75 centigrammes d'émétique. Le troisième jour, il y eut un peu de rougeur, sans que l'enfant parût éprouver des douleurs. Le septième et le huitième jour, il s'était formé des pustules, mais l'emplâtre ne fut pas

Le neuvième jour on l'ôta, les pustules étaient très développées ; il se ne eschare, après la chute de laquelle on vit une surface ulcérée qui se de nombreuses granulations et guérit rapidement. Dans huit autres cas, ement fut suivi du même résultat ; dans un seul, la guérison était par- arce que le mal était situé si près de l'angle de l'œil qu'on n'avait pas liquer convenablement l'emplâtre. Les cicatrices étaient à peine vi- 1).

pression. — La compression peut être fort utile quand le nævus érec- trouve placé au front, à la tempe, aux lèvres, etc., ou sur toute autre facile à comprimer contre un os. Alors un bandage convenablement , d'après l'indication du médecin, pour chaque cas spécial, appliqué le levé la nuit et maintenu pendant deux ou trois ans, suffit pour amener ation complète des capillaires dilatés. Tout le monde connaît ce fait uable rapporté par Boyer, dans lequel ce chirurgien, craignant d'enle- tumeur érectile de la lèvre supérieure étendue à la sous-cloison conseilla l'emploi de la compression. La mère de l'enfant se mit à et comprima la tumeur sept heures par jour, en tenant le doigt rsalement appuyé sur la lèvre, et en le mouillant avec une solution Elle obtint une guérison entière. Le docteur Magne (de Souillac) a ent réussi, au bout de cinq mois, par ce moyen, dans un cas de nævus du front ; seulement au lieu d'alun, il a eu recours à la compression pplication d'une solution concentrée de lactate de fer. Voici l'observa- ce fait intéressant :

IVATION IX. — « En mai 1854, dit M. Magne, il fut présenté à ma con- n un enfant de dix mois, bien nourri, portant à 4 centimètres au-dessus ade sourcilière droite une tumeur de la grosseur d'une châtaigne ; elle couleur violacée, indolente, élastique, augmentant un peu de volume par de l'enfant, mais sans pulsations ni bruit de souffle.

mère me raconta qu'à la naissance de son enfant cette tumeur avait le d'un haricot, et que, demeurée quelque temps stationnaire, elle avait fait grès rapides depuis cinq à six mois. Une sage-femme avait piqué la avec une grosse aiguille, et il en était résulté une hémorrhagie inquié- difficile à arrêter.

compression ayant été tentée pendant quelque temps sans résultat appa- n médecin avait proposé l'extirpation, et d'autres la cautérisation.

voulus essayer de nouveau la compression, qui peut-être n'avait pas été ée assez longtemps, en l'aidant d'applications styptiques.

pensai d'abord au perchlorure de fer ; mais redoutant son action caus- et du reste n'en ayant pas à ma disposition, je m'arrêtai à une solution trée de lactate de fer. Je plaçai sur la tumeur une compresse pliée en et fenêtrée, puis une compresse semblable, mais pleine, imbibée de la solu- e mis par-dessus une plaque de plomb, et je maintins le tout par des tours de suffisamment serrés. Ce pansement devait être renouvelé trois fois par r la mère, jeune femme intelligente qui désirait ardemment épargner à son toute opération par le fer ou les caustiques.

Journal für Kinderkrankh., 1855, nos 5 et 6.

« Je ne revis cet enfant que trois mois après. Mes prescriptions avaient été ponctuellement exécutées pendant deux mois. La tumeur avait considérablement diminué de volume sans faire de nouveaux progrès depuis la cessation du traitement. Mais, comme il restait encore une légère proéminence de couleur bleuâtre et un peu élastique, je fis reprendre l'application de la solution ferrée et la compression. Le traitement fut continué pendant près d'un mois, puis cessé et repris pendant quelque temps.

» Ces jours-ci, en visitant un malade dans le voisinage de cet enfant, je voulu le revoir, et j'ai trouvé la guérison complète. La compression n'a plus été faite depuis huit ou neuf mois. Il ne reste au front qu'une marque légèrement plombée, de la dimension d'une pièce d'un franc, et où les téguments semblent un peu plus épais que sur le reste du front. »

La guérison de cette tumeur a donc été obtenue par oblitération des vaisseaux variqueux, sans douleur et sans inflammation. La compression a été pour beaucoup dans cette cure : cependant seule, elle était restée insuffisante. On doit donc rapporter une bonne partie du succès à l'influence des applications du sel de fer.

Ablation. — Fabrice de Hilden, J.-L. Petit, conseillent l'ablation de la tumeur par l'instrument tranchant, mais il faut enlever un peu au delà du tissu altéré, d'une part pour ne pas s'exposer à la récidive, et de l'autre pour éviter une hémorrhagie. Roux, dans un cas de nævus du front qu'il venait d'enlever, a vu survenir une syncope qui pendant quatre heures lui fit craindre pour la vie de l'enfant. Wardrop a vu périr entre ses mains un enfant de dix jours auquel il venait d'enlever une de ces tumeurs, grosse comme la moitié d'une orange, et située à la partie postérieure du cou. Dans quelques cas, la tumeur se trouvant aux lèvres buccales, ou au prépuce, ou aux grandes lèvres, on enlève la partie subjacente pour guérir la maladie, on fait aux lèvres une perte de substance comme pour un bec-de-lièvre, on enlève le prépuce, etc.

Ligature des artères. — Wardrop a conseillé de lier l'artère principale qui fournit à la tumeur, afin de faciliter son extirpation. Ce moyen lui a plusieurs fois réussi.

Ligature du nævus. — Lawrence a proposé de faire la ligature des nævus. A l'aide d'une aiguille garnie de soie double, il traverse dans son milieu la base de la tumeur, et il a aussi un double fil qui, étant rabattu et serré sur chacune de ses moitiés hémisphériques, les flétrit et les fait disparaître. Il a rapporté plusieurs exemples de guérison par ce procédé.

M. Richet a publié un fait analogue ; seulement ce chirurgien, au lieu de faire la ligature par moitié, l'a employée d'une manière un peu différente. Après avoir passé un double fil à la base du nævus dans les parties saines, il en dirigea un second perpendiculairement au premier, de sorte que les deux doubles fils fussent croisés à angle droit. Il noua ensuite les fils de manière à étrangler la tumeur en quatre fragments juxtaposés, et il eut le bonheur de réussir. Ce procédé est très simple, sans aucun doute, mais il expose les ma-

u développement d'une diathèse purulente et d'abcès multiples, comme le voir dans les observations que je rapporte à la fin de ce chapitre.

stiques et cautérisation. — D'autres chirurgiens emploient les astrin- u caustiques, et les vantent comme le meilleur moyen de destruction evus : ce n'est pas sans quelque raison. On s'est servi de l'alun, de la re d'iode, de la cautérisation par le fer rouge. La teinture d'iode a été yée deux fois avec succès par Edwards (1). Dans le premier cas il s'agis- un nævus situé au côté du cou. Les parents de l'enfant s'opposant à cation de toute espèce d'escharotique, de crainte de difformité, au bout : mois de soins infructueux, M. Edwards recommanda l'application de re d'iode tous les deux jours. La tumeur cessa de s'accroître, puis elle ua de volume jusqu'à ce qu'elle finît par disparaître, laissant seulement u deux petites taches sur la peau.

second cas était en tout semblable. Il s'agissait d'un enfant de deux ans; vus était large comme un shilling, un peu élevé et situé sur l'abdomen. mmença l'application de teinture d'iode en septembre 1854, et elle fut nuée jusqu'au mois d'avril suivant. A peine voyait-on, après ce laps de s, la trace de la tumeur qui avait existé.

Tarral a proposé la potasse caustique, et cela quels que soient le siége volume de la tumeur.

Bérard recommandait l'usage de la pâte de Vienne, dont il s'était par- nent trouvé. Je m'en suis servi d'après son conseil, et j'ai parfaitement i.

enfant de onze mois, vacciné, dont le père avait un petit nævus station- sur les épaules, était né avec une tache rosée sur la tempe droite. Cette , de la dimension d'une lentille, s'était accrue, avait pris du relief, et for- une tumeur présentant le volume d'une noisette. Elle était molle, facile à mer par la pression; rouge noirâtre, elle devenait presque noire au ent des cris de l'enfant. Une seule application de pâte de Vienne pendant inutes, au moyen d'un cylindre limitant l'action du caustique, suffit faire une eschare profonde intéressant l'épaisseur du tissu altéré. En au bout de quelques jours, sous l'influence du diachylon, l'eschare se des parties saines; elle était tombée au quinzième jour, et la plaie lieu à une cicatrice de bonne nature qui se maintint définitivement. pplication du caustique n'est pas très douloureuse; cependant les enfants beaucoup. Il survient autour de la tumeur une coloration rouge plus oins vive, accompagnée d'un léger gonflement. Un peu de sang s'écoule uefois du nævus mortifié, mais cet écoulement n'est jamais très abon- et au bout de quelques heures tout a cessé.

and le nævus est peu considérable, une seule application de la pâte de ne suffit pour le détruire en totalité; dans le cas contraire, la base du mal

(1) *Gazette médicale*, 1856, p. 57.

n'est pas comprise dans l'eschare, et l'on reconnaît au-dessous de la croûte de bourgeons vasculaires en suppuration, la présence du tissu érectile à la couleur plus foncée de quelques bourgeons charnus. Si la couche du tissu morbide semble peu épaisse, on peut l'abandonner à elle-même. A mesure que la cicatrisation s'opère, on voit peu à peu les bourgeons s'affaisser, prendre une couleur naturelle comme dans les plaies simples qui suppurent, et la simple application du nitrate d'argent suffit pour les réduire.

Mais pour peu que les restes de la tumeur semblent disposés à persister ou à prendre un nouvel accroissement, on doit faire une seconde application de la pâte de Vienne. Cette seconde cautérisation peut être faite dès que l'eschare est détachée et pendant que la plaie suppure, ou bien lorsque celle-ci est entièrement cicatrisée. Il vaut mieux attendre la guérison entière de la plaie, ce qui a lieu dans l'espace de quinze jours à trois semaines, pour faire une nouvelle cautérisation, à moins que ce qui reste de la tumeur ne fasse tout de suite de rapides progrès dans sa reproduction.

La cautérisation du nævus par la pâte de Vienne, quand elle est possible, a cela d'avantageux qu'elle n'expose les enfants à aucun accident, primitif ou consécutif, semblable à ceux de l'extirpation, de la ligature et des sétons.

Après la cicatrisation il reste à la place du nævus une surface blanche, mate, et qui reste de niveau avec les tissus voisins.

Voici un bel exemple de guérison obtenue par A. Bérard, au moyen de trois applications successives de pâte de Vienne.

Une petite fille de six mois était affectée d'un nævus érectile au devant du cou. Peu de temps après la naissance, on avait remarqué à cette place une petite tache rouge qui avait été prise pour une morsure de puce. Cette tache s'était progressivement accrue en largeur et en hauteur. Son sommet s'était ulcéré à deux ou trois reprises; il en était résulté de la suppuration sans hémorrhagie et ensuite un peu d'affaissement dans le point ulcéré. Quant au reste, il faisait des progrès extrêmement rapides, et la tumeur avait acquis 2 à 3 centimètres de diamètre. Elle n'était le siége d'aucun battement.

Le caustique de Vienne fut appliqué et resta environ six minutes en place. L'eschare parut assez profonde. La tumeur cessa de faire des progrès; les portions que le caustique n'a point immédiatement désorganisées sont plus dures qu'avant l'opération, et ne se gonflent plus par les cris de l'enfant. La suppuration s'établit autour de l'eschare et à travers plusieurs points de son épaisseur. Sans attendre qu'elle fût entièrement détachée, A. Bérard fit une seconde application du caustique six jours après la première; la tumeur fut recouverte en totalité par la pâte, qui séjourna environ sept minutes. L'eschare offrit une couleur noire et une grande dureté. La santé générale ne fut pas altérée; la réaction locale inflammatoire fut faible, et le nævus s'affaissa de plus en plus.

A la chute de l'eschare, quelques points offrant encore une apparence suspecte, une troisième application du caustique fut faite. Cette fois, la pâte se

as plus de cinq minutes en place. Les conséquences locales et générales application furent les mêmes qu'après les deux premières cautérisa-
Quant à la tumeur, elle est entièrement affaissée ; des bourgeons char-
un bon aspect, succèdent à la chute de l'eschare ; la plaie ne tarde pas ouvrir d'une cicatrice blanche et unie. Plusieurs mois après la com-
mérison, rien n'annonçait la reproduction de la maladie.
a récemment essayé la cautérisation électrique entre la peau et la mu-
pour un nævus de la joue gauche, et MM. Higuet et Bribosia (1), qui cette idée et l'ont avec succès mise en pratique, attribuent une grande nce à leur procédé opératoire. Je ne le jugerai pas d'une manière ve, mais, après en avoir lu les détails, je dois déclarer qu'il me paraît ne application trop difficile pour entrer dans la pratique usuelle.
rès Lallemand, le moyen le plus sûr de provoquer l'inflammation des malades et l'oblitération des vaisseaux, serait l'emploi de l'acupunc-
atiquée comme il suit. On introduit dans la tumeur un certain nombre les à insectes ou d'aiguilles d'acupuncture qu'on laisse en place plu-
ours, jusqu'à ce qu'elles aient déterminé une inflammation suffisante.
n les retire, et la cicatrisation flétrit une partie du nævus. On recom-
, et plusieurs applications successives amènent ordinairement une en-
guérison. Ce procédé a été modifié par quelques chirurgiens qui em-
t des aiguilles rougies au feu, et par MM. Macilvain, Monod et Curling, la sortie des aiguilles, mettent dans leurs trous des brins de fil en guise on qu'on fait suppurer plusieurs mois.

ERVATION X. — M. Monod a opéré à neuf mois une petite fille qui présentait vus érectile placé à la face, au niveau du maxillaire inférieur du côté gauche, aisant aucune saillie dans la bouche. Il avait mis des aiguilles nombreuses, nues par des fils comme pour une suture entortillée. A bout de dix jours, le des aiguilles était en pleine suppuration ; on les retira, de petits sétons introduits et entretenus un an ; ils amenèrent la guérison. La cicatrice est visible, souple et peu résistante.
autre enfant de sept ans avait une tumeur érectile veineuse dans la paume ain, au niveau de l'articulation de la première phalange de l'index et du rpien correspondant. La tumeur avait un rapport intime avec les tendons eurs. M. Monod l'a traitée par les sétons.
ord les aiguilles furent placées et mises à demeure pendant quinze jours. urent remplacées par des sétons renouvelés tous les trente ou quarante endant cinq à six mois.
fant a guéri et les mouvements des doigts sont restés libres.

Lloyd et A. Bérard ont aussi ajouté quelque chose à l'ingénieux pro-
Lallemand : ce sont les injections d'acide nitrique et de nitrate acide cure dans les conduits ouverts par les épingles ou par les aiguilles.
plusieurs fois Bérard recourir avec succès à l'emploi de ce moyen el je lui ai quelquefois servi d'aide. Il employait une seringue de

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1855.

verre, garnie d'une petite canule de platine proportionnée au diamètre des trous d'épingle.

Observation XI. — Une fille de deux ans et demi portait, dans l'épaisseur de la joue droite et la moitié droite de la lèvre supérieure, une tumeur d'une nature veineuse. Neuf mois auparavant, on avait passé à travers la partie superficielle de la tumeur quatorze petits sétons qui produisirent de la suppuration et l'ulcération des parties comprises entre eux et la peau. Après la cicatrisation des plaies, la tumeur s'affaissa un peu dans ce point et continua à grossir dans tous les autres.

Une maladie de l'enfant fit ajourner l'application de nouveaux sétons.

A. Bérard enfonça dans la joue six épingles de gros calibre. Après trois jours elles sont retirées et le nitrate acide de mercure injecté dans les trous. La joue devient tout de suite rouge et dure; des vomissements opiniâtres et abondants surviennent dans les deux jours suivants, accompagnés de rétention d'urine, de faiblesse extrême, de la petitesse et de la fréquence du pouls. Joue tendue, rouge, très douloureuse; la suppuration s'établit dans toute la tumeur. Un eschare de 12 à 15 millimètres de diamètre n'est formée près de l'ancienne cicatrice. Les accidents généraux cessent peu à peu; néanmoins la faiblesse persiste pendant plusieurs semaines, et de temps à autre il revient quelques vomissements.

Les modifications dont la tumeur fut ultérieurement le siége eurent pour résultat la diminution et la transformation d'une partie de son tissu en une substance cellulo-fibreuse; néanmoins il fallut encore, à quelques mois d'intervalle, recourir aux épingles suivies d'injection de nitrate acide de mercure. A chaque fois, l'injection détermina le retour de quelques vomissements et provoqua des phénomènes locaux d'inflammation très prononcés, quoique moins violents qu'ils ne l'avaient été à la première.

Six mois après le commencement du traitement, on n'aperçoit plus de trace de tissu érectile ni sur la joue ni sur les lèvres, tant du côté de la peau que de la membrane muqueuse de la bouche; seulement ces parties semblaient être hypertrophiées.

Bérard voulut attendre avant d'en venir à une nouvelle opération, et, en effet, les parties ont un peu diminué pendant les trois années qui suivirent la cessation du traitement. Cette diminution aurait peut-être continué spontanément, mais les parents, empressés, voulurent qu'on fît l'excision de ce qui était exubérant, et une incision assez épaisse sur la face interne de la lèvre et de la joue ramena à peu près les parties à leur disposition normale.

Dans les cas où la cautérisation par la pâte de Vienne n'est pas applicable, l'acupuncture combinée à l'injection des acides peut donc être employée; seulement, au lieu de nitrate acide de mercure, qui détermine presque toujours des accidents toxiques, il vaut mieux se servir d'acide nitrique qui n'a point les mêmes inconvénients.

C'est encore une modification de ce procédé que nous devons à Brodie, à Curling et à Cooper Forster. Les deux premiers de ces chirurgiens ont poncturé la peau à quelques millimètres de la partie malade avec un bistouri très mince, et cela de manière à le faire pénétrer jusqu'au milieu du nævus, pour lui imprimer un mouvement d'arc de cercle dans le but de lacérer les parties. Ensuite ils ont remplacé le bistouri par un stylet trempé dans une forte solution de nitrate d'argent. Cette cautérisation leur a suffi pour arrêter l'hémor-

t pour produire une inflammation qui tend à l'oblitération du nævus. ›oper Forster a, comme ses confrères, pratiqué le broiement sous-u nævus et a eu recours ensuite au perchlorure de fer, nouvellement pour coaguler le sang dans les tumeurs anévrysmales, et pour remé-rtaines hémorrhagies. M. Forster divise la tumeur en plusieurs sens, l'un ténotome très étroit, agissant selon les règles de la méthode sous-Au moment où il retire le ténotome, il introduit par la même ouver-anule de la seringue et injecte dix à vingt gouttes d'une solution de ure de fer. Une injection suffit si le nævus est petit; mais s'il est trop eux, il faut introduire le ténotome en plusieurs endroits différents, euvrant chaque fois de la même manière.

nes-unes de ces opérations ont été suivies de succès, mais il en est dans lesquelles il y a eu de graves accidents inflammatoires; et quant , cette méthode ne présente pas de suffisantes garanties pour entrer ratique.

Iait employer le perchlorure de fer, on pourrait le faire, après avoir détaché l'épiderme par un petit vésicatoire, et à l'aide de compresses s dans ce liquide. Une fois cependant, M. Leclerc (de Roublac) a ar des applications de perchlorure sur la tumeur non dénudée. C'est ple à imiter, et je le rapporte en quelques lignes.

VATION XII. — Enfant de douze à treize mois, affecté d'une tumeur congénitale, formée dans le principe d'une petite tache occupant la partie re de l'oreille du côté droit, ayant envahi plus tard une grande portion lon de l'oreille et même la région parotidienne.

lumasseaux de charpie, imbibés de perchlorure de fer, furent appliqués meur et maintenus au moyen d'un bandage approprié. Ce traitement fut pendant deux mois. Pas de douleur, pas d'action caustique exercée par lorure. Peu à peu diminution dans le volume de la tumeur, qui a com-t disparu au bout de deux mois de traitement.

VATION XIII. — *Traitement du nævus par les injections de tannin.* — Un e huit mois portait sur la racine du nez un nævus sous-cutané que l'on bord par des injections de teinture d'iode et d'eau glacée. Mais la tumeur tinua pas moins à prendre une circonférence de plus en plus considé-lle était molle, compressible, et la peau qui la recouvrait était parfaite-ine. Une ligature sous-cutanée paraît n'avoir servi qu'à contribuer à tation ultérieure du volume de la tumeur. On fit alors une petite inci-s la base du nævus, et l'on se servit pour cela d'un ténotome étroit que la dans la tumeur suivant différentes directions, pour rendre plus intime t de la solution de tannin avec les tissus. On fit ensuite l'injection, et on solution séjourner pendant quelques instants. Le sang se coagula immé-t dans l'intérieur de la tumeur, et celle-ci, qui auparavant était molle, sensation d'un corps parfaitement dur et résistant. Au bout de six se-toutes traces de nævus avaient disparu (1).

e Lancet.

Divers accidents peuvent compliquer l'opération et le traitement des mais ils varient suivant le procédé opératoire mis en usage. Ainsi l rhagie est assez souvent la conséquence de l'excision des nævus érectil qu'on ait renoncé à ce moyen ; l'inflammation et l'érysipèle résul ligatures, des sétons, des injections caustiques dans les trous faits p puncture. Ces accidents sont quelquefois très graves et de nature sionner la mort, mais cependant ils ne sont pas sans remède. Il en est connu, c'est la formation d'abcès multiples dans le tissu cellulaire, ce y avait eu résorption purulente. Deux fois M. Mavel a vu survenir c dent à la suite de l'emploi de l'étranglement fractionné des nævus. V faits (1) :

Observation XIV. — *Diathèse purulente; abcès multiples du tissu cellula d'opération de nævus érectile par étranglement multiple.* — Claudine Pege de six mois, grasse, forte et bien constituée, porte sur le sommet de l nævus érectile du volume d'une grosse noix ; une deuxième tumeur nature existe sur le nez et pénètre dans la narine droite. Sur l'observati fis à la mère de cette enfant que la double opération nécessaire pour l rasser de ces tumeurs pourrait avoir des suites très graves, elle se partir pour Lyon, et elle entre à l'hôpital, où son enfant est opérée au m caustiques pour la tumeur du nez, et par l'étranglement fractionné ou pour la tumeur du crâne. La tumeur étranglée tombe au bout de peu d la plaie qui en résulte est pansée avec cérat et charpie ; elle marche v bonne cicatrisation, lorsque tout à coup l'enfant perd sa gaieté ; elle ne te la mère s'aperçoit alors que le membre inférieur droit paraît avoir dim 3 centimètres en longueur ; en même temps la fesse droite paraît pl mineuse. C'est dans cet état que la jeune malade est renvoyée de l'h soumise de nouveau à mon examen, le 26 janvier.

La fesse a augmenté de volume ; on ne peut toucher le membre sans des cris à l'enfant ; la moindre traction opérée sur le membre lui donn gueur normale et diminue un peu le volume de la fesse ; pas de mouvemen maux, pas de crépitation, pas de déviation dans la direction du membr même distance sépare des deux côtés la rotule de l'épine iliaque antér supérieure. Les jours suivants, la fesse augmente de volume, la fluct devient manifeste, et le 20 février, par une ponction avec la lancette, j issue à deux palettes de pus bien lié ; en même temps, il se développe tro tumeurs, l'une au-dessus du genou, et une deuxième vers l'épine de l'i gauche : ces deux tumeurs abcèdent comme celle de la fesse ; une troisi se montre derrière la clavicule gauche, diminue peu à peu et n'abcè Pendant ces nombreux et graves accidents, l'escharе du nez tombe et la une surface érectile que trois fois j'ai déjà recouverte de caustique do enfin la suppuration des abcès diminue, l'enfant reprend peu à peu sa g sa guérison me paraît définitive vers le milieu d'avril.

Aujourd'hui Claudine Pegeon est forte et robuste ; elle ne se ressent ment des nombreux accidents qu'elle a éprouvés. Son nez offre un volum au-dessus de l'état normal, mais il n'a conservé aucune cicatrice diff nombreuses cautérisations qu'il a subies.

Observation XV. — *Diathèse purulente; abcès multiples après la ligat*

(1) *Gazette des hôpitaux.*

– Antoinette Darsy m'est présentée le 24 octobre 1844; elle est âgée
nois et demi. Le jour de sa naissance, l'accoucheuse remarqua au devant
e tache rosée d'un centimètre de diamètre, sans augmentation de volume.
inze jours seulement, la mère de l'enfant a vu, à la place de cette tache,
pper une tumeur qui, aujourd'hui, présente de haut en bas une longueur
imètres sur 3 de largeur. Cette tumeur est aplatie; son centre corres-
fourchette du sternum. Dans sa moitié supérieure, elle est d'une cou-
e framboisé, et n'est recouverte que par une membrane presque mu-
une finesse extrême; la moitié inférieure paraît formée par de grosses
riqueuses.
gnostique un fongus hématoïde, et, vu l'accroissement rapide de la
e l'opère le lendemain par la méthode d'étranglement multiple. Quatre
ls placés à la base de la tumeur, à un centimètre de distance, me per-
'opérer cinq étranglements; les fils sont serrés chaque jour, et la tumeur
elle-même dans la nuit du 30 au 31. La plaie, d'un bel aspect, est
ec cérat et coton.
ovembre, la suppuration diminue. L'enfant a perdu sa gaieté. Je panse
guent digestif.
je remarque que la jambe droite présente à sa partie supérieure de la
et de la tuméfaction; dès lors je me rappelle l'observation de Claudine
et je diagnostique un abcès profond. Cataplasmes.
a fluctuation est manifeste. Par une incision, je donne issue à une grande
de pus; j'acquiers la certitude que le tibia est dénudé dans une grande

un mois de soins assidus, cet abcès se ferme; mais il s'en développe,
lus bas et sur le même membre, un second qui guérit comme le premier.
rd'hui, la jambe est arquée d'une manière assez notable, et l'on dirait, à
que la difformité est la suite d'une fracture consolidée à angle obtus.
intenant je compare ces accidents avec la guérison facile, mais plus
de ces mêmes tumeurs par le caustique de Vienne, je pense que ce
levra être employé de préférence toutes les fois que le peu de profondeur
eur en permettra la facile application.
eils accidents sont rares, mais le moyen de les éviter tous, c'est d'em-
vaccination et le caustique de Vienne Je ne connais pas, quant à pré-
bservation d'un nævus traité par l'inoculation vaccinale dans laquelle on
mort à déplorer. Quant au caustique de Vienne, il donne rarement lieu
accident primitif ou consécutif, et c'est pour cela que j'en recommande
e.

Aphorismes.

Il y a deux espèces de nævus : les nævus pigmentaires et les nævus
. Ce sont des altérations produites par l'accumulation du pigment et
tation plus ou moins considérable du nombre et du volume des
s de la peau, transformés en une masse spongieuse érectile.
Les nævus pigmentaires ne disparaissent jamais, les nævus érectiles
t presque toujours.
Si le nævus érectile s'agrandit trop vite et menace de rupture, il faut
re sur place, ou le transformer en tissu non susceptible de dégéné-
vasculaire.
Les nævus se transforment en tissu fibro-celluleux sous l'influence de

la vaccination, de l'inoculation stibiée et de l'acupuncture, suivie d'injections caustiques. Ils disparaissent pour toujours quand ils sont bien attaqués par un caustique tel que la pâte de Vienne.

CHAPITRE VIII.

DES HÉMORRHAGIES DE LA PEAU APRÈS LES PIQÛRES DE SANGSUES.

Les hémorrhagies qui succèdent aux piqûres de sangsues sont très fréquentes, et quelquefois assez abondantes pour amener la mort. J'ai vu plusieurs exemples malheureux, dans lesquels, personne n'ayant pu arrêter l'écoulement du sang, il est survenu des défaillances et une syncope mortelle.

Pour arrêter l'hémorrhagie, on emploie les procédés suivants :

Un morceau d'agaric que l'on maintient sous le doigt sans bouger pendant une demi-heure ou davantage.

De la poudre de colophane que l'on place sur la morsure de la sangsue.

Une boulette de cire jaune que l'on introduit dans la piqûre et que l'on fait fondre par la chaleur d'un doigt superposé.

La cautérisation avec un crayon très effilé de nitrate d'argent.

La cautérisation avec un stylet d'acier rougi à la flamme d'une lampe.

Un petit morceau d'amadou ou plusieurs épaisseurs de linge sur lesquels on promène une spatule échauffée ou une cuiller renfermant un charbon enflammé. Le linge et l'amadou s'imbibent de sang et se dessèchent aussitôt par la chaleur, de manière à former un opercule très résistant.

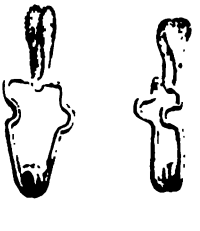


Fig. 36.

On peut encore employer le collodion, qui ferme rapidement la piqûre et s'oppose à toute hémorrhagie.

Le meilleur moyen est le *perchlorure de fer*. On trempe un brin de charpie dans le perchlorure et avec un stylet fin on l'enfonce dans la piqûre de sangsue. Au bout de quelques minutes le sang est arrêté.

Dans les cas rebelles, on traverse la base de la piqûre avec une fine aiguille et l'on fait la suture. C'est aussi le cas d'appliquer les serres-fines hémostatiques de Vidal (de Cassis), un peu fortes, aux mors, ou à dents de scie (fig. 36), instrument spécial à ces hémorrhagies, pince à ressort qui prend la piqûre dans un pli de la peau jusqu'à ce que la cicatrisation de la piqûre ait eu le temps de se faire.

CHAPITRE IX.

DE L'HÉMATIDROSE OU SUEUR DE SANG.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire complète de l'*hématidrose*, c'est-à-dire des sueurs de sang qu'on observe encore plus rarement chez les

que chez les adultes. J'en parlerai d'une manière très succincte à d'un fait que la lecture m'a fait connaître.

beaucoup parlé des sueurs de sang, et depuis celle de Charles IX, le leux a toujours beaucoup ajouté à ce que ces faits offrent de réel. Il y certain nombre épars dans la science. Tout récemment M. Gendrin ublié quatre recueillis chez des adultes, et, d'après Eggerdes, un qui été rencontré sur un enfant de trois semaines.

enfant, tombé dans un état de langueur, semblait menacé de la mort. r, en le changeant de linge, on trouve la manche de sa chemise tachée g, sans qu'on pût découvrir d'où provenait ce sang. L'enfant avait plus ce et de vie; il teta mieux sa mère et prit une plus grande quantité de iture. Le lendemain le bras droit fut trouvé encore plein de sang. Cette ation continua pendant cinq ou six jours, et chaque fois l'état du ma- s'améliorait. Le bras gauche devint ensuite le siége d'une semblable rrhagie, puis l'enfant reprit ses forces et fut hors de danger.

st là le seul fait relatif à l'enfance que je connaisse, et je le rapporte t par curiosité que par l'intérêt pratique qu'il présente.

CHAPITRE X.

DE L'EMPHYSÈME DU TISSU CELLULAIRE.

mphysème du tissu cellulaire s'observe quelquefois chez les enfants du ier et du deuxième âge. Il succède souvent à des ruptures de cellules onaires, comme on a pu le voir dans le chapitre consacré à l'emphysème oumons; mais dans quelques cas il peut avoir une origine différente. oici un cas résultant d'une perforation du sinus frontal, et quoiqu'il n'ait de spécial sous le rapport de l'âge, je le considère comme assez impor- pour être publié.

SERVATION I. — Une fille de douze ans, forte, bien constituée, ne portant me trace de scrofules, née de parents sains, fut prise, au commencement de 1856, d'une forte rhinite, accompagnée d'une violente céphalalgie, qui douze jours, et pendant laquelle elle rendit quelques gouttes de sang. Elle hait abondamment; mais on n'a pu savoir de quelle nature étaient les muco- rendues. Tout à coup, dans un effort de toux, une bosse se forme sur le u du front, et une vive douleur se fait sentir. La plus légère pression fait raître cette bosse; mais elle reparaît, en s'agrandissant toujours, jusqu'à un jour l'enflure s'étendit, non sans de grandes douleurs, jusqu'à eure de l'orbite et jusqu'aux oreilles. La peau était tendue, lui- teuse. M. le docteur Igounet, soupçonnant une per rivit une compression légère et graduée. Quelques sur la ligne médiane, au beau milieu du front, u de à celle que pourrait faire une balle de pistole emière indication, qui était de s'opposer au retour d t autant que possible cette ouverture, il plaça

cuivre de 5 centimes, enveloppée dans un
Comme il n'y avait aucune trace de cachet
L'ouverture était oblitérée au bout de six s
y avoir d'abord une ulcération de la pituitai
de la table osseuse (1).

LIVRE X

DU SCLÉRÈME, OU DE L'ENDURCISSEMEN

Le sclérème est une maladie générale
durcissement de la peau et de la couche
ou sans œdème. C'est une inertie vascula

Le sclérème signalé au XVIIIe siècle p
Wittunter, a été décrit par Underwood,
moire couronné par l'Académie de mé
Paletta, Léger, etc.; mais il faut arriver
leix pour avoir plus de détails sur le
morbide.

Dans cette affection singulière, la vita
et par suite de cette diminution des force
la faculté de résistance au froid ; toutes l
exercice, et la mort devient imminente.
rable de la circulation capillaire cutanée,
qui semble ne plus s'effectuer qu'avec b
est évident que le sclérème est surtout c
circulation capillaire. M. Roger lui a don
de l'extrême abaissement de température
mination est vicieuse, car il y a des cas
d'autre part, M. Mignot a observé des cas
pérature sans sclérème.

Pour M. Legroux, c'est une asphyxi
inertie musculaire, tenant sous sa dépend
teuse, le refroidissement, etc. Théorie
l'inertie vasculaire qu'on peut démontrer
en effet, le ralentissement de la circulation
ciable que la faiblesse des muscles.

Il est difficile de se faire une idée préci
du tissu cellulaire des nouveau-nés, désig
sclérème, mais on approche beaucoup de

(1) Compte rendu des travaux de la Société

nie générale de l'organisme caractérisée par l'inertie vasculaire, l'œdème, ation, l'algidité, l'inanition et l'asphyxie.

a deux variétés de sclérème : l'une caractérisée par l'endurcissement eau et du tissu adipeux, c'est le *sclérème simple ;* l'autre caractérisée endurcissement accompagné d'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, e que j'appelle *sclérème œdémateux.*

eau, rétractée, dure et refroidie, semble ne plus exercer ses fonctions e obstacle au passage du sang dans ses capillaires; d'où une gêne à la tion générale, qui amène un peu plus ou un peu moins d'anasarque. filtration séreuse du sclérème est donc de la même nature que celle asarque ordinaire. La cause de l'exhalation du liquide hors des vais- est le résultat d'un obstacle subit à la circulation du sang dans les tissus. me est ici purement symptomatique du sclérème ; il ressemble à celui ccède quelquefois aux maladies du cœur, à l'oblitération des vaisseaux paux d'un membre, et à celui de l'*érysipèle des enfants*, il est évidem- le résultat du trouble jeté dans la circulation capillaire et dans les fonc- de la peau.

e faut donc point, dans la description du sclérème, mettre en première l'œdème des téguments, qui n'est, en définitive, qu'un de ses ômes les plus secondaires et qui n'est pas constant. Il manque quelque- i, tout comme on le voit manquer dans certaines maladies du cœur et ganes circulatoires.

fection de la peau est ici la maladie principale : résultat de l'inertie des ires ou des fonctions perspiratoires de la peau, peu importe en ce nt; c'est elle qui est la cause de tous les accidents, c'est elle qui pro- e sclérème; c'est sur elle que doit porter principalement l'attention. assignerons ensuite dans les symptômes la place qui convient à l'œdème. ntenant que j'ai précisé ce qu'il faut entendre par ce mot : *sclérème fants nouveau-nés*, je vais décrire les causes, les altérations anatomiques, mptômes, la marche et le traitement de cette affection.

Causes.

sclérème se rencontre surtout chez les enfants des pauvres et chez les s trouvés, principalement chez ceux qui naissent avant terme, à sept u sept mois et demi. On l'observe rarement dans les classes riches de la . Il résulte de la faiblesse native et de la faiblesse accidentelle produite *limentation insuffisante et l'inanition.* Les forces intérieures de nutri- de calorification ne suffisent plus à contre-balancer l'action des agents nes extérieurs, et le corps durcit en même temps que sa température t que la circulation s'arrête. On a considéré l'inaction due à l'em- tement et au repos dans le lit comme une cause prédisposante de cette , mais cela n'est pas démontré, et d'ailleurs ne pourrait que venir en

aide aux résultats de l'inanition. Cette cause est la seule dont l'influence soit incontestable.

L'action du froid est très favorable au développement du sclérème. La plupart des auteurs s'accordent pour mentionner cette influence, et dire que le froid concentre et diminue les forces vitales, interrompt la transpiration insensible, ralentit la circulation et condense la sérosité dans les tissus. Cela est vrai ; mais cependant voici un tableau de Billard qui démontre que la maladie se développe à toutes les époques de l'année.

En 1826, sur 177 enfants durs observés à l'infirmerie, aux Enfants trouvés, la répartition se trouve ainsi faite pour chaque mois :

		Report.....	89
Janvier.....	15	Juillet.....	8
Février.....	15	Août.....	16
Mars.....	16	Septembre.....	10
Avril.....	18	Octobre.....	16
Mai.....	22	Novembre.....	20
Juin.....	3	Décembre.....	15
A reporter.....	89	TOTAL.....	177

Comme on le voit, il y a environ deux fois plus d'enfants affectés dans les saisons froides et humides ; mais on trouve aussi des exemples de cette maladie dans les mois les plus chauds de l'année. Il est probable, dans ces cas, que la maladie est la conséquence d'une alimentation insuffisante ou d'un état cachectique plus ou moins prononcé.

Le sclérème est une maladie qu'on doit considérer comme exclusive aux nouveau-nés ; cependant on le rencontre aussi chez des enfants plus âgés et même chez les adultes ; il se présente alors sous une forme différente beaucoup moins grave et avec un degré d'intensité beaucoup moindre. L'endurcissement est alors purement une maladie locale ; il est difficile d'en connaître les causes. J'en ai vu trois exemples, l'un à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Caillard, l'autre dans ma clientèle, et l'autre a été longtemps soumis à l'observation des élèves, dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'hôpital Necker : c'était une jeune fille qui avait la peau de tout le côté gauche de la face, du cou et de la poitrine endurcie, ferme comme de la cire, blanche et froide comme le marbre. La santé est d'ailleurs assez bonne. Tout le monde a pu voir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, un quatrième fait de même nature dont je ne connais pas les détails, et qui se trouvait à cet hôpital lorsque M. Trousseau y faisait le service. Enfin, MM. Thiriel, Forget, Gintrac, Ravel en ont vu d'autres exemples, qu'ils ont publiés sous les noms de *stegnose*, de *chorionoïtis*, de *sclérodermie* des adultes, etc.

Ce peu de mots suffisent pour indiquer le rapprochement que l'on pourrait établir entre certains endurcissements partiels de la peau chez les adultes et l'endurcissement des nouveau-nés. La lésion me semble être la même. En est-il

ème de la nature du mal? Quelques médecins le disent. Je laisse à d'au- soin de vérifier et de défendre cette hypothèse.

Altérations anatomiques.

sclérème des nouveau-nés est local ou général. Il est quelquefois borné embres inférieurs, aux membres supérieurs ou à la face; il est souvent à toute la surface du corps.

peau est rougeâtre ou au contraire décolorée, d'un blanc jaunâtre, sui- es circonstances que nous ne connaissons pas. Elle présente quelquefois inte jaune ictérique très prononcée ; elle ne paraît pas être altérée dans cture ; son épaisseur est la même que dans l'état ordinaire, elle est seu- t très compacte, fort dure, et conserve difficilement l'empreinte de la on des doigts; elle donne au toucher la sensation que donnerait un au de cire ou la peau d'un cadavre gelé. Nous ferons observer que cette tion n'est pas un effet cadavérique, car elle s'observe sur les sujets ts, non-seulement à l'agonie, mais encore dans le cours de l'affection. couche de tissu cellulaire qui double immédiatement la peau est égale- endurcie et formée de granulations adipeuses, distinctes, un peu dures, lables aux granulations du tissu adipeux des nouveau-nés morts de toute maladie. Au-dessous de cette couche de tissu cellulaire s'en trouve une dont les mailles retiennent une quantité plus ou moins considérable de té demi-transparente, qui s'écoule en partie à l'extérieur au moment de tion. Un liquide semblable est renfermé dans le tissu cellulaire des tices des muscles.

Chevreuil, dans l'analyse qu'il a faite de ce liquide, a découvert qu'il mait une matière plastique spontanément coagulable au contact de l'air, Breschet, qui dirigeait ces expériences, crut un instant devoir établir un rt entre cette altération et la maladie qui nous occupe. Billard, juste- étonné par cette proposition extraordinaire, répéta l'expérience ; il mit ne capsule la sérosité du tissu cellulaire d'un enfant dur, et il la vit se re en gelée au bout de quelques minutes. Ce résultat demandait une -épreuve ; on expérimenta sur la sérosité d'un enfant atteint d'anasarque ire, le résultat fut le même. Il devint donc évident que l'on devait er la cause de l'endurcissement de la peau ailleurs que dans la plasticité ide infiltré, si facilement coagulable à l'air extérieur.

endant de tels faits méritent d'être examinés avec soin. Je suis persuadé illard n'a omis aucune des précautions qui pouvaient l'empêcher de ettre une erreur ; mais il a pu se tromper.

ffet, j'ai, comme lui, recueilli dans une capsule la sérosité d'un enfant d'anasarque et je ne l'ai point vue se coaguler spontanément. Ce fait e prouve rien contre les résultats avancés par l'auteur dont je parle ; fait naître, à leur égard, dans l'esprit, des doutes que de nouvelles ences seules pourront dissiper. Il est, en effet, très important de con-

firmer ces recherches de Billard, ou de les renverser, si el
exactes, pour revenir aux premières observations de G. Bre
vent être fort utiles pour expliquer la nature de la maladie
question.

Les vaisseaux *principaux*, artériels et veineux des partie
parfaitement perméables au sang ; ils sont distendus outre
liquide, de telle sorte qu'il y a congestion considérable de tou
tous les viscères. Il n'en est pas de même des *capillaires cuta*
paraît avoir abandonnés en grande partie, et qui, pour la plu
oblitérés.

Je dis paraissent oblitérés, et l'on conçoit la réserve qu'il f
émettant une semblable assertion. Il est difficile de s'assurer
d'ailleurs, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de le faire ; voici d
constances. Un enfant atteint de sclérème succomba dans
M. Trousseau. L'autopsie en fut faite. Je me réservai l'une d
étudier l'état des vaisseaux en injectant dans leur intérieur
térébenthine de Venise et d'essence de térébenthine colorée p
Chez tous les enfants, ce liquide, injecté par les artères, pa
capillaires superficiels et profonds, colore complétement la p
et revient par les veines. Sur la jambe de ce petit malade, l
bien par les veines, mais très difficilement. Au lieu de pa
capillaires, elle ne traversa qu'un petit nombre des capillaire
tissu cellulaire subjacent, et elle pénétra dans la totalité des
fonds de manière à colorer tous les muscles.

Dans cette circonstance, une partie des capillaires superfi
était donc oblitérée, puisqu'il n'y eut qu'un petit nombre de c
put donner passage à l'injection. Pendant la vie, le sang ne p
que très incomplétement, d'où un obstacle réel à la circula
locale, absolument comme cela se voit dans l'érysipèle comp
En serait-il de même dans tous les cas de sclérème simple ou
serait-ce là la cause de la maladie ? Je l'ignore ; mais on pou
de nouvelles expériences donnaient un résultat semblable à ce
d'indiquer.

Le cœur présente des altérations auxquelles on a voulu fair
rôle dans la production du sclérème œdémateux. Ces altéra
gères à son développement. Ainsi la persistance du trou de B
on a tant insisté, n'est pas un phénomène constant de cette
tération existe tout au plus chez la moitié des enfants qui en
d'autre part, on l'observe chez des enfants qui n'ont pas eu d

Le canal artériel n'est presque jamais oblitéré, mais il e
rétréci qu'il ne peut plus donner passage qu'à une très petite q
Les cavités du cœur et des vaisseaux sont remplies par ce liq
gulé.

poumons présentent de notables altérations, qui sont, je crois, plutôt
ltat que la cause de la maladie. Ils sont gorgés de sang et renferment
a des noyaux de pneumonie lobulaire. Chez quelques malades, il y a des
onies lobulaires très confluentes. Il en est cependant dont les organes
toires ne présentent aucune modification. Cela suffit, comme le dit
pour que l'on soit persuadé du peu d'influence exercé par la congestion
naire et la pneumonie sur l'œdème des nouveau-nés.

tère est une complication assez fréquente du sclérème. On le ren-
sur la moitié des enfants. Il ne se rattache pas à une altération bien
te du foie, qui est gorgé de sang, un peu friable et quelquefois ramolli,
cations qui existent dans un grand nombre d'autres maladies non accom-
es de l'ictère et de l'endurcissement du tissu cellulaire.

altérations du tube digestif sont assez nombreuses. Un médecin avait
voir établir qu'un vice de conformation de l'intestin était la cause de
me. M. Léger avait trouvé le tube intestinal moins long chez les enfants
il s'agit que chez les autres enfants. De nouvelles observations ont réduit
la valeur de ces recherches.

entéro-colite est assez fréquente dans le cours de la maladie qui nous
e; mais il faut établir le rapport qui unit ces deux affections. Il fut un
ent où l'on subordonnait toutes les maladies aux altérations de l'intestin,
lle-ci fut appelée *entéro-cellulaire*, parce qu'on la regardait comme le
at de la phlegmasie intestinale. Il n'en est vraiment rien. La réunion de
eux maladies n'est le résultat que d'une coïncidence; il n'y a entre elles
rapport de causalité.

lles sont les altérations anatomiques du sclérème des nouveau-nés et des
lications de cette maladie.

Symptômes.

y a deux variétés de sclérème chez les nouveau-nés : l'une avec et l'autre
œdème. C'est, je crois, cette circonstance qui a induit les médecins dans
ur, et qui leur a fait décrire à part l'œdème et l'endurcissement des
au-nés ou sclérème. Cela n'était pas nécessaire : on ne fait pas deux
aries des maladies du cœur d'après l'existence ou la non-existence de la
ion séreuse. Il ne faut pas le faire pour la maladie dont il est question
moment.

enfants affectés de sclérème, dont la peau est froide et le tissu cellu-
ndurci, sont, en général, très jeunes; leur âge varie entre un et douze
quelques-uns semblent avoir apporté cette maladie en naissant (Billard).
at ordinairement très faibles, ou s'ils sont bien constitués, c'est sous
ence d'une alimentation insuffisante ou de l'action du froid que la
e se développe.

z ces enfants la peau présente encore la coloration rouge des nouvea

nés qui n'ont pas eu le temps de blanchir. Chez les sujets plus âgés, elle est d'une pâleur mate, jaunâtre comme de la cire longtemps exposée à l'air. L'épiderme n'est pas tombé ou commence seulement à s'exfolier. Chez d'autres cette exfoliation est complétement achevée.

L'endurcissement de la peau qui caractérise le sclérème est un phénomène bien facile à apprécier, qui se manifeste dès le début de la maladie, et quelquefois après deux ou trois jours de fièvre. Il se montre sur les pieds, les mains, les membres, la région pubienne, le dos, la face, et enfin sur toute la surface du corps. Il n'existe quelquefois que sur les pieds et sur les mains. On le rencontre souvent limité à une partie du corps; c'est ce que Billard a exprimé en disant qu'il était très commun de rencontrer l'endurcissement local. La peau est dure, se pince difficilement, conserve plus ou moins profondément l'empreinte de la pression des doigts, suivant la quantité de liquide épanché dans le tissu cellulaire. Lorsque l'infiltration est peu abondante, la dureté de la peau est bien plus considérable et ressemble à la dureté de la peau d'un cadavre gelé.

Les parties de la peau endurcies sont froides, et lorsque la maladie est générale, ce phénomène est encore beaucoup plus apparent. La bouche est également refroidie. La main qui touche le corps de ces enfants éprouve une sensation fort désagréable. Il est difficile de les réchauffer malgré les soins assidus, et même à la dernière période de la maladie on ne peut plus y réussir.

Dans ces cas, le thermomètre descend au-dessous de 33 degrés centigrades et s'abaisse exceptionnellement à 25 degrés, 23°,50, 22°,50 et même 22 degrés. Comme le dit M. Roger, qui a fait ces recherches, la déperdition du calorique continue sans cesse chez ces petits malades : on dirait des corps inanimés soumis aux lois de la matière inerte.

L'œdème n'existe pas chez tous les enfants. Il est peu marqué au début, et reste ainsi pendant tout le cours et jusqu'à une époque avancée de la maladie. C'est alors qu'il devient quelquefois considérable.

Les parties molles sont gonflées, mais sans être énormément distendues; elles ne sont jamais transparentes. La peau n'est pas amincie; elle reste, au contraire, assez épaisse, mobile et dure comme de la cire. C'est à peine si le doigt laisse une empreinte à sa surface. Il faut, pour que cette empreinte soit profonde, qu'il y ait un œdème bien considérable.

Comme on le voit, l'anasarque qui succède à l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés est bien différente de l'anasarque qui vient quelquefois à la suite de l'érysipèle des enfants, de la scarlatine, des maladies chroniques, de la fièvre intermittente, etc., et qui est caractérisée par la distension énorme des parties, par leur transparence et par l'amincissement de la peau, qui conserve longtemps l'empreinte de la pression des doigts.

La différence est sans doute le résultat de la plasticité du liquide, qui est, d'après les expériences de G. Breschet, plus grande dans la maladie qui nous

ipe que dans les anasarques ordinaires; elle tient sans doute aussi à aisseur et à la dureté du tégument externe.

'œdème est ici la conséquence de la maladie; il est le résultat du trouble anique apporté aux fonctions de la peau et à la circulation des capillaires nés ou pulmonaires. Sous ce rapport, il ressemble d'une manière éloignée édème des maladies du cœur et des gros vaisseaux.

es enfants conservent la faculté de se mouvoir; ils remuent encore assez ement leurs bras et leurs jambes. De temps à autre, ils ont des mouvets convulsifs et de petites secousses dans les mains. Chez quelques sujets bserve de la roideur générale dans le tronc et dans la tête; Dugès a pu dre des enfants au-dessous de la tête et les soulever comme s'ils étaient e seule pièce. J'en ai vu un qui présenta ce phénomène, mais ce fut seunt au dernier jour de la vie. Il n'avait aucune affection cérébrale.

ırsque l'endurcissement de la peau occupe la face, les malades éprouvent andes difficultés à ouvrir la bouche et à remuer les lèvres; ils ne peuni teter ni boire, car les mouvements des muscles de la mâchoire sont embarrassés et presque entièrement abolis. On peut mettre le mamelon ou igt dans la bouche des enfants; c'est à peine s'ils font un effort pour le

sensibilité cutanée est conservée dans toute la surface du corps, et l'enémoigne parfaitement des sensations de douleur qu'on lui fait endurer.

s enfants paraissent souffrir beaucoup par cette maladie. Ils poussent des singuliers dont le timbre et le caractère ont été remarqués par tous les cins. Nous avons déjà parlé de ces cris dans un de nos premiers chapitres, acré à la physionomie des enfants, en disant que le cri aigu, isolé, faible s fréquent de l'œdème était important à noter, bien qu'il eût des rapports un autre cri également aigu et isolé des maladies du cerveau, le cri encéphalique. Ce dernier s'en distingue en ce qu'il est infiniment plus et qu'il se reproduit beaucoup plus rarement que l'autre. Toutefois je qu'on puisse juger de leur différence par ce peu de mots. Elle est dant assez tranchée pour qu'une personne qui a entendu l'un et l'autre s cris sache les distinguer en toute circonstance.

bouche des enfants est fraîche; leur langue est rouge, sèche; la dégludes liquides est difficile, et les vomissements sont rares.

ventre est souple et paraît indolent; il est agité de mouvements irrégu- qui sont sous la dépendance des troubles de la respiration dont nous parlé. Les garderobes sont presque nulles; elles sont quelquefois rées dans leur nombre, lorsque l'endurcissement de la peau coïncide une simple irritation d'entrailles ou une entéro-colite, ce qui est assez

toux ne se rencontre presque jamais au début de l'affection, mais elle de pas à se déclarer. Elle persiste alors jusqu'à sa terminaison. Elle est a dépendance de l'engouement pulmonaire et quelquefois de la pneu-

monie lobulaire, altérations qui existent chez un tiers des malades, d'après les observations de Billard, et chez un cinquième, d'après celles de Valleix.

Alors l'auscultation révèle les bruits caractéristiques de ces états morbides, et l'on reconnaît par la simple vue les troubles extérieurs et caractéristiques de la respiration dans la pneumonie. La respiration est faible, incomplète, quelquefois très lente, dans les cas ordinaires elle est très rapide, et chez d'autres malades elle offre le caractère d'expiration gémissante ou *respiration expiratrice*, qui s'observe dans la phlegmasie aiguë des poumons.

La circulation est toujours violemment troublée dans l'endurcissement des nouveau-nés. Il est quelquefois impossible d'apprécier les battements du cœur, à cause des cris et de la respiration des enfants, et l'on ne peut compter que très difficilement le nombre des pulsations du pouls, en raison de sa faiblesse et des mouvements des doigts du malade. Le pouls est toujours très faible, et ordinairement ralenti. Il est au contraire fort accéléré dans certaines complications, la pneumonie, par exemple.

Marche et complications.

Le sclérème commence par des malaises dont il est difficile d'apprécier la nature, et qui se jugent d'après les cris des enfants. Douze ou vingt-quatre heures après, les membres, puis la face, puis le tronc, s'endurcissent; l'enfant refuse de teter; il s'agite et pousse à chaque instant le cri aigu et faible dont nous avons parlé. C'est au deuxième jour que l'œdème commence à se manifester, et il augmente d'une manière très variable, suivant les sujets, de telle sorte qu'il y a, comme nous l'avons dit, des faits d'endurcissement de la peau sans œdème ou avec un œdème léger, ou enfin avec un œdème assez considérable. Ce phénomène doit être regardé comme le résultat de l'affection de la peau.

La maladie dure en général de deux à six jours, et se termine presque toujours par la mort lorsque l'endurcissement est un peu étendu. La résolution s'opère assez souvent, au contraire, lorsque la maladie est moins intense, mais elle se fait en général longtemps attendre; elle met de quinze jours à un mois à s'accomplir.

La complication la plus fréquente observée chez les enfants atteints de sclérème se traduit à l'extérieur par une coloration toute spéciale de la peau, due au passage dans le sang de la matière colorante de la bile: je veux parler de l'*ictère*. Ce phénomène se rencontre chez un très grand nombre de malades, et surtout chez ceux qui présentent la variété d'endurcissement sans œdème, ou du moins avec un œdème très peu considérable. Il est en rapport avec une légère hypertrophie accompagnée de congestion du foie.

Une autre complication très commune, c'est la congestion pulmonaire et la *pneumonie lobulaire confluente*. J'en ai parlé précédemment.

On observe aussi quelquefois, dans le cours de l'endurcissement des nouveau-nés, l'irritation d'entrailles et l'*entéro-colite;* mais il ne faut pas se méprendre: cette complication est beaucoup plus rare que ne l'indique M. Denis, qui s'est peut-être égaré dans son appréciation des caractères anatomiques de la phlegmasie de l'intestin, et qui aura sans doute accepté des arborisations légères pour des traces non équivoques d'inflammation. Ce qui pourrait le faire croire, c'est qu'il a écrit à une époque dominée par la pathologie intestinale, et qu'aujourd'hui on ne voit plus ce qu'il a observé.

Diagnostic.

On s'est appliqué à distinguer le véritable sclérème, c'est-à-dire l'endurcissement de la peau, *maladie spéciale*, avec ou sans œdème, de l'endurcissement adipeux qui survient quelquefois au dernier jour ou dans les dernières heures de la vie près de s'éteindre, car je ne veux point parler de l'endurcissement adipeux cadavérique.

Or il existe une bien grande différence entre un phénomène qui se développe sans accident préalable, qui en engendre d'autres, tels que l'œdème, l'ictère, la pneumonie, etc., et un autre phénomène qui se montre à la fin d'un grand nombre de maladies des jeunes enfants au moment de la mort. La confusion entre ces deux états n'est pas possible: l'un est primitif et forme toute une maladie qui peut durer assez longtemps; l'autre est secondaire et constitue l'un des accidents précurseurs de la mort.

Conclusions.

En résumé, le sclérème est une maladie générale dans laquelle il se forme un obstacle à la circulation cutanée des capillaires sanguins superficiels.

Il en résulte une disposition à l'œdème comme les maladies des gros vaisseaux. L'endurcissement de la peau, suite du trouble de la circulation capillaire, forme le premier phénomène de la maladie. L'infiltration séreuse forme le second.

Cette maladie est partielle ou générale.

Elle est fort grave lorsqu'elle est générale, et elle guérit lorsqu'elle est partielle.

Elle est souvent accompagnée d'ictère ou de pneumonie.

C'est une maladie des nouveau-nés, mais on la rencontre quelquefois dans la seconde enfance et chez les adultes sous la forme d'endurcissement partiel.

Traitement.

Les moyens thérapeutiques préconisés contre le sclérème des nouveau-nés ne sont pas nombreux. Les émissions sanguines sont employées par quelques médecins plutôt pour combattre un symptôme que d'après les vues

rationnelles qui devraient présider à leur emploi. On conseille leur usage parce que, dans le sclérème, la peau est souvent le siége d'une vive congestion, et qu'il en est de même de la plupart des viscères. Cependant il n'y a pas, à proprement parler, de réaction fébrile dans cette affection. Le pouls est, au contraire, lent et faible, et la peau est toujours refroidie.

Il est infiniment préférable, je crois, de se laisser guider par les indications que donne la nature de la maladie. Or il est évident, et c'est un fait accepté par tous les médecins, que, dans le sclérème, les forces vitales intérieures sont excessivement faibles, que la circulation capillaire superficielle est ralentie, et que c'est à son trouble qu'il faut rapporter la congestion des organes.

Il est par conséquent plus rationnel de chercher à ranimer les fonctions vitales intérieures et les fonctions circulatoires par des excitants intérieurs et cutanés que de se laisser aller à faire des soustractions de sang. On se trouve, en effet, assez bien de faire sur la peau des frictions irritantes à l'aide de langes de laine sèche ou imbibée de liniments irritants. M. Pastorella vante beaucoup les frictions sur le corps avec 4 grammes d'onguent mercuriel, immédiatement suivies d'un bain tiède. Frictions et bains doivent être répétés toutes les deux heures. Par ce moyen, qui n'entraîne pas d'inconvénients et qui détermine la résolution de la troisième à la cinquième friction, on guérit les deux tiers de ces malades. Le massage employé par Legroux donne des résultats tout aussi favorables.

« Je saisis à pleines mains les membres indurés, j'y exerce des pressions avec relâchements alternatifs; la pression est assez forte pour se faire sentir jusqu'aux parties les plus profondes, mais pas assez néanmoins pour déterminer l'attrition des parties. Comme elle s'exerce sur une surface assez large, ses effets sont toujours modérés. J'agis ainsi sur les membres inférieurs et supérieurs. Sur la face, le pubis, les parties génitales, je presse avec la pulpe des doigts; aux membres, j'exerce autant que possible la pression de bas en haut, afin de refouler les liquides dans ce sens et de favoriser le retour du sang veineux. En même temps, j'excite la respiration artificiellement par des pressions latérales sur les parois de la poitrine et sur la région épigastrique, en imitant les mouvements normaux de la respiration. L'influence connue des contractions musculaires sur le cours du sang veineux m'a conduit à joindre au massage une sorte de gymnastique artificielle, par la flexion et l'extension alternative des membres, par des mouvements communiqués au tronc en divers sens; que l'on me passe cette expression vulgaire, je *tripote* l'enfant dans tous les sens. »

Les premiers effets du massage sont les suivants : au bout de quelques instants la coloration cyanique de la peau est remplacé par une teinte rosée; c'est un fait immédiat et constant.

La chaleur renaît dans les parties indurées, soit par suite des modifications opérées dans la circulation capillaire, soit par la transmission de la chaleur de

la main de l'opérateur. Après quelques minutes de massage, les parties indurées se ramollissent, s'assouplissent, les mouvements de flexion et d'extension sont plus faciles à produire ; quelquefois même l'enflure semble fondre sous la main pendant cette opération, dont la durée est de cinq à dix minutes ou plus, suivant la gravité du cas. Toutefois, la résolution complète de l'œdème exige ordinairement deux ou trois jours de soins.

Le massage paraît douloureux à l'enfant ; car il s'agite, il veut crier, il crie faiblement d'abord ; mais bientôt, excités par la douleur, par les mouvements communiqués, les muscles inspirateurs se réveillent, la respiration s'active, le cri s'élève, et souvent, vers la fin de l'opération, l'enfant, dont la voix était éteinte au début, crie avec énergie. Ces cris, ces efforts appellent l'air dans la poitrine, et l'hématose se rétablit ; le cœur aussi est incité par la douleur, par les mouvements communiqués, par le sang qu'il reçoit revivifié dans le poumon. Tous ces résultats sont dus à l'action musculaire réveillée, incitée.

Le chatouillement des parties latérales de la poitrine, des aisselles, paraît pénible à l'enfant, qui s'agite et crie avec d'autant plus de force que l'action du moyen se prolonge davantage : c'est un bon adjuvant du massage.

Après l'opération, l'enfant est enveloppé de linges chauds. On lui ingère, quand on le peut, quelques cuillerées de lait, ou on le fait teter, s'il est assez fort pour cela. Il est rare qu'après quelques massages, il ne cherche point à prendre le sein ; c'est un signe presque assuré de guérison.

Le massage est répété toutes les deux ou trois heures, de la même manière et pendant deux ou trois jours ; rarement la guérison se fait attendre plus longtemps ; mais si l'enfant est faible, il exige une continuation de soins, pour l'empêcher de se refroidir de nouveau.

Les mêmes effets doivent se passer dans les parties profondes. La pression exprime des capillaires et des troncs vasculaires le sang qui s'y est accumulé. Le relâchement qui succède à la pression laisse un vide dans ces vaisseaux, qui font un appel au sang artériel ; celui-ci, bientôt revivifié par l'expansion plus active des poumons, arrive dans ces vaisseaux que la pression a vidés ; la coloration rosée de la peau succède à la teinte cyanique ; la circulation commence à se rétablir dans les parties profondes ; les veines se vident, l'œdème se résorbe.

Il faut, en même temps qu'on emploie ces moyens, placer les enfants dans une salle bien échauffée. Cet expédient suffit quelquefois, dit Valleix, pour guérir les malades. Des sachets de sable chaud, ou des sacs de farine chaude doivent être placés autour des enfants. Il faut leur donner aussi des bains simples ou des bains dans la farine chaude ; de l'eau de menthe, de mélisse, de cannelle, etc., et surtout des bains de vapeurs, qui ont été fort souvent employés par M. Baron avec assez de succès.

A l'intérieur, avec le *massage* ou pendant que les enfants sont dans le bain, il faut exciter les forces nutritives, foyer de la chaleur animale, et il faut à cet

effet donner du laitage à la cuiller, soit du lait de la mère c tion, soit du lait de vache tiède. Si on ne pouvait le faire drait, à l'exemple de M. Henriette (de Bruxelles), l'injet par les narines, à l'aide d'une canule de gomme allongée. S'il n'y a pas d'entéro-colite, compliquant le sclé tation et la chaleur qui résulte du travail digestif ont la plu sur l'état des enfants. M. Marchand m'a dit avoir guéri par ce procédé qui m'a également réussi une fois, mais i ne donnai pas le lait pur de tout mélange ; à ce liquide j mélisse des Carmes, vingt gouttes par 125 grammes de l addition de la plus haute importance. Cette teinture arom très grande et possède au plus haut point la puissance d animale descendue au-dessous de son état normal.

Si l'on n'a pas recours à ce moyen, il faut administrer c et aromatiques dont la base doit être principalement form soit avec des liquides excitants tirés par distillation de des labiées.

C'est de cette manière qu'on peut espérer guérir cett par son étendue, elle n'a pas, aussitôt son invasion, déjà co des enfants.

Aphorismes.

308. Le sclérème produit de l'inanition et du froid, r à la circulation des capillaires cutanés.

309. Le sclérème est une maladie spéciale des nouve montre que très rarement dans la seconde enfance et che

310. Le sclérème existe avec ou sans œdème du tis cutané.

311. Le sclérème est général ou partiel.

312. Le refroidissement et la dureté de la peau accomp ment de la température profonde caractérisent le sclérème

313. Chez un nouveau-né, des cris aigus, isolés, fai répétés de minute en minute, indiquent le sclérème.

314. Le sclérème se termine presque toujours par une

315. Le sclérème des nouveau-nés est très ordinaireme

316. Le sclérème partiel guérit quelquefois, le sclérèm jamais.

317. Le sclérème est de moins en moins grave à partir de la naissance.

LIVRE XIX.

DES MALADIES DU COU.

jeunes enfants sont quelquefois affectés de tumeurs du cou dont l'ori-
t fort obscure, et sur la nature desquelles les médecins et les chirur-
ont loin d'être d'accord. Il y en a de deux espèces : les unes *aiguës* et
es *chroniques*, les unes *congénitales* et les autres *acquises* ou *acciden-*

es les tumeurs accidentelles du cou ont généralement pour point de
l'engorgement aigu ou chronique de la parotide, des ganglions cervi-
perficiels ou profonds. Leur histoire est assez bien faite, et se rattache
des oreillons ou des parotides, ou à celle de l'adénite inflammatoire et
nite cervicale des maladies scrofuleuses.
umeurs congénitales du cou sont plus rares et moins connues ; elles
marche chronique et sont formées par des tumeurs érectiles que j'ai
mment étudiées sous le nom de *nævus*, ou par des kystes uniloculaires
iloculaires dont je vais m'occuper quelques instants.

CHAPITRE PREMIER.

DES OREILLONS.

le singulière maladie que cet engorgement aigu de la glande parotide
les médecins ont donné le nom d'*ourles* ou d'*oreillons!* Combien son
est obscure, malgré le nombre des observations et des observateurs !
si cette affection était nouvelle, et avait été inventée ou seulement
rte par un médecin de ce temps-ci ! Mais point, les oreillons sont
ciennement connus que les plus anciennes de nos maladies; Hippo-
s connaissait et signalait leurs caractères à ses contemporains (1).
ant nous ne sommes guère plus avancés que lui ; si les principaux
mes des oreillons sont chose vulgaire et facile à saisir, il n'en est plus
e de la marche de la maladie, de ses terminaisons, de ses *métastases*,
mot qui nous a été légué par la foi médicale de nos pères et qui ne
plus à notre esprit que leurs habits et leurs habitudes ne vont à notre
à nos penchants. Il n'est pas, enfin, jusqu'à la nature de ces mêmes
s qui ne soit contestée et sur laquelle les idées ne soient en contraste
avec les autres.
les paroles d'Hippocrate : « Toutes les circonstances atmosphériques

(1) *Œuvres complètes*, trad. Littré. Premier livre des *Épidémies*, 1re [illegible] XVIe,
[illegible]99.

ayant été australes, et avec sécheresse, un intervalle où la constitution contraire et boréale au début du printemps fit naître quelque causus... Il forma des *oreillons*, chez plusieurs, d'un seul côté, chez le plus grand nombre, des deux côtés... Chez quelques-uns bientôt, chez quelques autres plus tard, il se formait une inflammation douloureuse du testicule tantôt d'un seul côté, tantôt des deux. » A cette occasion, M. Littré rappelle (1) une épidémie du même genre qui fut observée pendant l'automne de 1779, à Pégomas, par Rossagnoly, médecin de l'hôpital de Grasse, et dans laquelle, par un singulier privilége, les hommes mariés furent absolument épargnés.

Les *oreillons* sont une maladie de l'enfance, et plus particulièrement de la seconde enfance, aux environs de la puberté. Rarement se montrent-ils après la vingtième année révolue. Il y en a cependant des exemples observés bien au delà de cet âge, et M. Champion en a signalé un fait chez un homme de quarante-cinq ans. Ils semblent être jusqu'à un certain point l'apanage du sexe masculin; au moins sont-ils assez rares chez les filles et chez les femmes. Ils apparaissent au printemps ou à l'automne, lorsque le temps est froid, humide et subitement traversé par ces vicissitudes de l'atmosphère qui engendrent l'angine gutturale et pharyngée. On les voit au même moment sur un plus ou moins grand nombre d'enfants de manière à montrer leur caractère épidémique. Les oreillons, en effet, appartiennent à cette grande classe d'affections des muqueuses qui traduisent localement dans un petit cadre à l'organisme la réaction d'une impression générale extérieure, épidémique et spéciale. Les oreillons sont le plus ordinairement à l'état épidémique. Hippocrate l'avait déjà indiqué. Tout le monde l'a redit après lui, non sans vérification nouvelle. C'est chose acceptée désormais comme incontestable. Nous n'en dirons pas autant des propriétés contagieuses attribuées aux oreillons par Thomas Lagghi et par quelques médecins modernes; rien ne prouve, quant à présent du moins, la contagion de cette maladie; il est probable même qu'on aura attribué, comme on le fait trop facilement pour beaucoup de maladies, à l'influence de la contagion ce qu'il aurait fallu rapporter, au contraire, à l'influence épidémique.

Quoi qu'il en soit, les oreillons occupent ordinairement les deux glandes parotides, et il est excessivement rare de n'avoir qu'un oreillon. C'est une maladie qui n'a pas de singulier.

Les oreillons s'annoncent par la courbature et une assez grande lassitude accompagnée d'une faible agitation générale nerveuse ou fébrile; puis apparaissent des symptômes locaux. Dans les deux régions parotidiennes, à la partie inférieure des oreilles, apparaît une douleur fixe plus ou moins vive et qui gêne les mouvements de la mâchoire; elle est bientôt suivie du gonflement des parties molles et des parotides, gonflement qui peut être modéré et sans changement de couleur à la peau, ou, au contraire, qui peut atteindre des

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, t. II, p. 531. *Argument*.

rtions considérables, s'étendre aux parties latérales du cou et de la face nière à donner au visage des proportions informes et monstrueuses. Si ladie est très aiguë, au gonflement se joint une grande chaleur profonde erficielle; la peau, très fortement tendue, devient lisse, quelquefois brillante : mais c'est, en général, un gonflement qui a plutôt l'appa- œdémateuse que l'aspect inflammatoire.

douleur, le gonflement, la tension et la rougeur sont tout à fait en rap- vec l'acuité des oreillons. Ces phénomènes sont toujours accompagnés heresse de la bouche et de la gorge, de douleur dans la déglutition. Les es sous-maxillaires et les tonsilles sont engorgées; il y a quelquefois de ation, et si l'on parvient à faire ouvrir la bouche aux malades, on trouve queuse de l'isthme du gosier ou du pharynx rouge, tuméfiée et offrant ces d'une inflammation érythémateuse bien prononcée.

fièvre qui naît avec les oreillons grandit avec eux, s'élève plus ou moins, t le degré des accidents, et elle disparaît avec le gonflement de la partie eure du cou.

oreillons mettent de trois à cinq jours à se développer avant d'atteindre imum de leur intensité morbide. Ils marchent parallèlement de chaque u visage, mais par exception l'un d'eux peut être plus précoce et plus ue l'autre. Leur apogée ne se prolonge guère; ils décroissent assez rapi- t; la fièvre tombe, le gonflement des deux régions parotidiennes se , les mouvements de la mâchoire commencent à s'exécuter, la déglu- devient plus facile, et de jour en jour la *résolution* s'opère et devient omplète. Elle est quelquefois accompagnée d'une légère moiteur de la dans les parties affectées, et chez d'autres sujets par quelques éva- ns alvines.

a *résolution* est la terminaison la plus ordinaire de l'engorgement paro- qui forme les oreillons, ce n'en est pas la fin constante. Ailleurs la ie laisse après elle une sorte d'*induration* de la glande parotide, qui e pendant plusieurs septaines et finit enfin par disparaître. Cela est rare. l'autres, les oreillons se terminent par *suppuration*, mais c'est là encore des plus exceptionnels. Il a été observé sur les demoiselles de Saint- ms une épidémie qui a frappé cette maison d'éducation et dont l'histoire apportée en extrait par Dionis (1). Alors les symptômes locaux aug- nt beaucoup et offrent plus d'intensité. La peau se tend, rougit; les rs changent de caractère et deviennent pulsatiles; la tumeur proémine, it; la fluctuation, d'abord obscure, devient plus évidente, s'étend du à la circonférence et un abcès ordinairement très superficiel est formé. s le pus évacué naturellement ou à l'aide d'une incision par le bistouri, ri sation ne tarde pas à se faire et s'obtient rapidement à l'aide des ents les plus simples.

Une autre terminaison assez fréqu
cependant la moins compréhensible
médicale, c'est la terminaison par su
mination par déplacement de l'eng
parotide passerait dans la glande test
On voit, en effet, vers le cinquième ou
où la résolution semble s'opérer d'un
ticule devenir douloureux, dur, eng
sentir des phénomènes analogues. So
signalé ce fait, qu'ont vu et revu depu
Rochard, Richter, Saucerotte, Louis
pratique étendue de la médecine.

Le fait est donc vrai, mais alors
rendre compte? Est-ce une métastase
pas une métastase, qu'est-ce que cel
phénomène placé dans son jour devi
méditation qui touche aux questions
cine et pourrait heureusement servir
les prétentions exagérées des hommes

Les oreillons abandonnent donc qu
l'homme sur les testicules, tantôt su
de la parotide, tantôt sur le côté oppo
règles précises à cet égard. Alors le
sieurs fois M. Grisolle, et non pas l'ép
loureux; le scrotum se remplit d'une
tend, rougit, sécrète de la sueur ou s
Ravaton dit en avoir vu des exemple

L'engorgement testiculaire consécu
ordinairement en quelques jours, une
tement sans laisser de traces.

Chez les femmes, les oreillons se c
occuper la glande mammaire et quel
ou les mamelles durcissent, augment
coutumée et deviennent douloureuses
présentent dans l'engorgement des r
parturition, à cela près qu'il n'y a pas

On a vu quelques malades chez les
observateurs, l'engorgement parotidi
les testicules ou les mamelles, serait
une seconde fois les mamelles ou les t
les accidents ont été traversés par des
méninges et du cerveau, de manière
trine qui considère l'engorgement ma

- des oreillons sert à rendre compte de ces accidents cérébraux particu-
outefois assez rares pour n'avoir été vus que par un petit nombre de
ns. A part l'explication qui en a été donnée, et qu'on peut combattre,
doit rester et restera. Les oreillons peuvent exceptionnellement acquérir
avité telle que la mort en soit la conséquence.

ésent, voyons ce qu'il faut penser de ce déplacement des oreillons, et
t admettre une métastase de la maladie d'un organe sur un autre
, ou au contraire le considérer comme le résultat d'une sympathie par-
e, ou enfin comme la réaction obligée de tissus de même nature consti-
les glandes et mises en vibration par une même influence morbide. Il
difficile de démontrer que dans l'oreillon voyageur un principe morbide
et spécifique abandonne la glande parotide pour se jeter, on ne sait par
emin, sur les glandes mammaires et séminales. L'hypothèse du principe
que, élément principal de toutes les maladies épidémiques, peut seule
voquée en faveur de la métastase, tandis qu'au contraire nos connais-
sur la composition des humeurs dans l'état pathologique se refusent à l'idée
iciation humorale circonscrite et mobile pouvant se promener d'un tissu
e. Il y a au contraire une loi de physiologie pathologique qui rassemble
t de vue de la pathogénie les tissus de nature analogue ou semblable,
tablit entre eux un lien naturel fondé sur l'existence de leurs propriétés
es, excitées, troublées et perverties par les mêmes causes et sous l'in-
des mêmes agents. C'est ainsi que la peau et les muqueuses, les syno-
t les séreuses des viscères se balancent dans leurs fonctions et deviennent
mément ou successivement malades, par identité de structure, et par
thie plutôt encore que par métastase. Il en est peut-être de même des
s, qui ont toutes une structure analogue, et dont les éléments glandu-
ont composés des mêmes tissus, doués des mêmes propriétés, qu'une
influence doit calmer ou pervertir. C'est à cette cause physiologique
ut rapporter l'engorgement parotidien, mammaire et séminal que l'on
paraître et se succéder assez souvent dans la maladie vulgairement
par le mot d'oreillons. La conformité de structure permet de croire à
té des susceptibilités morbides, et si cette disposition existe, quoi
ant qu'une influence extérieure la mette en jeu et fasse succéder l'en-
ent séminal et mammaire à l'engorgement parotidien ! Nous ne trou-
cela rien d'extraordinaire, et nous ne serions étonné que d'une chose,
ue cela ne fût pas ainsi. Cependant pourquoi l'analogie de structure
oquée ne permet-elle que la migration en une seule ligne des fluxions
iennes, c'est-à-dire des oreillons vers la mamelle ou vers le testicule,
pas réciproquement des autres engorgements primitifs testiculaires et
aires sur la parotide? Ne devrait-il pas y avoir, si le principe de notre
étation est exact, une réciprocité parfaite entre tous les engorgements
ndes ? Il semble au premier abord qu'il en doive être constamment
si l'on pense que les formes communes de l'engorgement mam-

maire et testiculaire ont toujours une cause locale particulière, on comprend pourquoi ces engorgements restent fixes et ne peuvent quitter leur lieu d'origine. D'ailleurs, est-ce qu'on ne voit pas le rhumatisme articulaire aigu atteindre secondairement les membranes fibro-séreuses extérieures du cœur pour faire l'endo-péricardite rhumatismale, sans que pour cela une endocardite primitive, *non rhumatismale*, ait la propriété réciproque de se déplacer ou de se voir ultérieurement compliquée de rhumatisme articulaire aigu ? n'y en a pas moins analogie de propriétés et de susceptibilités morbides entre ces différentes membranes séreuses. L'ordre de succession de certains phénomènes pathologiques est le résultat des lois organiques immuables, et semble être tracé d'avance, de sorte qu'il est difficile de croire que ce que nous voyons se dérouler devant nos yeux d'une façon toute particulière puisse s'opérer autrement rien que pour obéir à nos théories.

Telles sont les terminaisons possibles et variées des oreillons. Comme on a pu le voir, il en est quelques-unes de graves, mais elles sont heureusement fort rares. La maladie, ordinairement légère, parcourt ses périodes en sept ou huit jours, et se termine simplement pour ne jamais revenir. Les engorgements consécutifs possibles, mais non pas constants, du testicule et de la glande mammaire prolongent la maladie sans l'aggraver très notablement. On guérit presque toujours. La suppuration est un accident tout exceptionnel et les cas de mort par suite de complications cérébrales sont encore plus rares.

Les oreillons ne sont pas difficiles à reconnaître, et sont, en général, de diagnostic assez simple. Le siége de la tumeur dans les deux parotides, le gonflement uniforme et modéré de ces glandes, sa faible tension, l'absence de réaction inflammatoire évidente, indiquent un engorgement simple des parotides plus qu'une inflammation très aiguë de ces glandes. Or, c'est cet engorgement glanduleux lui-même qui est le principal caractère des oreillons. La tuméfaction des glandes sous-maxillaires et le gonflement des parties latérales de la face et du cou achèveront de spécifier le diagnostic. Tous ces caractères se retrouvent, il est vrai, à un degré beaucoup plus prononcé dans l'inflammation de la parotide, qu'on appelle la *parotide* ; mais cette dernière est toujours liée à un état général antérieur grave de l'organisme, à une maladie fébrile, putride ou pestilentielle ; elle n'est qu'un accident secondaire au lieu d'être l'élément primitif et le seul élément nosologique, comme on le voit dans les *oreillons*. Entre les *oreillons*, maladie primitive, et la *parotide*, maladie secondaire, il n'y a qu'une grossière analogie de situation, et il y a une différence complète de nature qui sépare foncièrement ces deux maladies. Vouloir les confondre, ce serait faire ce qu'on a tenté dans un autre genre lorsque quelques pathologistes ont voulu confondre la grippe avec la bronchite aiguë, le chancre avec l'inflammation ulcéreuse simple des tissus, etc. Si la nature des oreillons les sépare des parotides, la marche et la terminaison ne les en distinguent pas moins. Ici résolution, déplacement sur la mamelle ou sur le testitule, suppuration très rare, et la mort, chose presque inouïe

Là, au contraire, jamais de résolution, jamais de déplacement; suppu- constante et la mort presque inévitable.

'y a donc entre les oreillons et les parotides qu'une simple analogie de anatomique; les maladies sont essentiellement différentes.

oreillons sont généralement considérés avec de justes raisons comme aladie de peu d'importance. En effet, malgré les complications dont avons parlé, la terminaison est presque toujours heureuse. 90 fois 0, ils guérissent sans laisser de traces de leur existence, et ailleurs ils lacent pour se porter sur les autres glandes extérieures, ou provoquent uration, ou enfin des complications plus sérieuses, susceptibles d'occa- la mort.

raitement des oreillons, quoique simple, exige une saine appréciation ature du mal et de sa terminaison naturelle. En présence d'un engorge- imple des parotides, sans phénomènes inflammatoires bien marqués ni e de phlegmon aigu, la diète, le repos au lit, les boissons délayantes et iques, les bains, la chaleur, entretenue localement sur la région paroti- par des fomentations ou des cataplasmes, suffisent pour conduire à une terminaison. Il faut ici ne pas troubler la marche naturelle de la e.

u contraire, les phénomènes inflammatoires généraux ou locaux sont veloppés, la saignée générale et locale trouvera son emploi, malgré me lancé contre elle par Hamilton, qui considère ce moyen comme uisible qu'utile, et comme devant provoquer les métastases. Cela ne st pas démontré, et dans l'indication formelle que nous supposons, il as à hésiter dans la pratique de la saignée du bras ou dans l'application lques sangsues sur les parotides tuméfiées.

milton, dans le but de prévenir les métastases, appliquait un vésicatoire sur chaque oreillon, et il déclare n'avoir jamais vu le déplacement du ans les cas où il a eu recours à cette pratique. C'est une assertion dont il enir compte, mais il ne faut pas en exagérer l'importance; et peut-être sicatoires n'ont-ils eu de pareils succès que par suite de ce fait général ablit comme la règle la terminaison heureuse des oreillons.

a suppuration se forme, il faut immédiatement ouvrir l'abcès, le laver et r la plaie comme une plaie ordinaire. La cicatrisation se fait assez vite et régulièrement.

rsqu'une induration marquée succède aux oreillons, et quand le gonfle- de la parotide tarde à disparaître, il faut garantir les parties du froid, cher la sortie des malades, et faire des frictions sèches ou aromatiques, nes légèrement excitantes avec l'ammoniaque, sur la région paroti- Dans ce cas les douches de vapeur aqueuse sont très utiles et peuvent la résolution.

fin, pour terminer, nous dirons que le gonflement des mamelles ou des ules qui résulte du déplacement des oreillons n'exige aucun traitement

énergique, et que la chaleur, ainsi q
suffisent à le faire disparaître.

Apho

318. Une douleur avec gonflement
d'ailleurs bien portant, constitue les *o*

319. Les oreillons durent de cinq à l

320. Une influence épidémique de n

321. On rencontre beaucoup plus s
chez les filles.

322. Une douleur testiculaire chez
apparaissant pendant les oreillons, ann
et sur la mamelle.

323. Des applications sèches et cha

324. Une douleur avec gonflement
atteint de fièvre, annonce une *form*
parotides.

325. Les parotides se terminent pr

326. On voit périr la plupart des e

CHAPI

DES KYST

Les kystes du cou se présentent
moment de la naissance ou se dévelo
leur point de départ remonte aux de
sont des *kystes congénitaux* développ
antérieure latérale ou postérieure du c

César Hawkins en a vu trois exemple
un autre sur un enfant de huit mois e
Le docteur Évans en a vu un cas à so
observé deux autres, l'un sur un e
sur un nouveau-né. Ce dernier avait
du cou. Il y en a enfin d'autres obse
cueillies par Berndt, Arnolt; Wutz
Roux (de Toulon), etc. Je vais donn
observations.

Observation I. — Un des sujets ob
était fort gêné à respirer par la présen
neuse ; il avait de nombreux accès de s
pour respirer.

Cette tumeur était élastique, molle,

(1) Gazette médicale, 1840, p. 166.

nfant mourut suffoqué, et à l'autopsie, on trouva sur le côté droit du cou meur ayant presque le volume de deux oranges séparées par un sillon pro- racé par le muscle digastrique. Cette tumeur était formée par l'agglomérat e plusieurs centaines de kystes, de volume très variable, gros comme des u comme des noisettes, et même atteignant le volume d'une noix. Ces étroitement réunis, demi-transparents, étaient remplis de sérosité inco- ransparente, rougeâtre ou noire comme du sang veineux. Ils s'étendaient mâchoire, entourant les vaisseaux et les nerfs du cou qu'ils comprimaient, endaient enfin le long de la colonne vertébrale, derrière le pharynx et age, jusqu'à la sixième vertèbre cervicale.

i un autre fait qui appartient à M. le docteur Évans :

RVATION II. — *Hydrocèle multiloculaire du cou survenue chez un nouveau-né ;* . — En mars 1845, j'assistai une dame qui accoucha d'un enfant mâle rtant. Quelques jours après, je remarquai un pli de peau lâche et ridée ous de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, au côté droit du ns l'étendue d'un pouce carré. Au bout de deux ou trois mois, on avait oint une sensation de liquide ; bientôt il se forma une petite tumeur ronde e, sans changement de couleur à la peau, de la grosseur d'une noix ; plus tard, elle fut comme une petite orange.

août 1846, elle fut examinée par M. Key, qui pensa qu'il devait y avoir cle, qu'il se pouvait qu'elle eût quelque connexion avec une glande sali- que pourtant il ne fallait y toucher qu'après la dentition.

février 1847, je fis une exploration avec une aiguille cannelée sous les M. Crisp ; je retirai quelques gouttes de sérosité. La tumeur égalait alors me de la tête d'un fœtus de sept mois, et s'étendait du sternum à la ascendante du maxillaire inférieur ; le menton était entièrement effacé té.

mars, augmentation de volume, élasticité, insensibilité de pression. Une pratiquée avec un petit trocart donna issue à trois ou quatre onces d'un jaune paille, peu épais ; diminution légère ; écoulement médiocre pendant trois jours. — Teinture d'iode et doses altérantes de mercure et d'iodure ssium.

juin, aidé du docteur Crisp, je passai une aiguille à séton avec cinq ou de soie. Il sortit un peu de liquide aqueux.

, issue du même liquide en petite quantité. Il n'y a ni fièvre ni inflammation.

, assoupissement jusqu'à trois heures de l'après-midi ; convulsions de trois d'heure de durée. Elles ont cessé à mon arrivée ; fièvre, chaleur intense à , inflammation et augmentation du volume du kyste. Le séton est enlevé. in chaud, cataplasmes et fomentations sur la partie ; huile de ricin.

9, fièvre intense, tête lourde, peau chaude, regard abattu, constipation. — el et purgatif salin ; application froide sur la tête ; fomentations sur le cou.

10 au 13, l'état est moins alarmant.

14, sentiment de fluctuation ; je vois le malade avec le docteur Bransby , qui fait une ponction au lobe le plus saillant, il en sort un peu de pus clair.

15 au 21, écoulement peu appréciable.

22, nuit mauvaise, infiltration de la paupière droite ; diarrhée, inappétence.

24, tuméfaction et dureté autour de l'articulation temporo-maxillaire ; la le paraît phlogosée.

28, écoulement séro-purulent considérable de l'oreille droite, diminution èvre.

Les 29 et 30, abattement. — Quinine et citrate de fer.

Le 1er juillet, anxiété, amaigrissement, anorexie; suintement considérable à conduit auditif.

Le 19, susceptibilité extrême; toux fréquente, expectoration purulente.

Le 23, fièvre hectique, faiblesses et émaciations excessives. — Quinine, thé, bœuf, arrow-root, vin; opiacés pour la nuit.

Le 26, diminution rapide de la tumeur.

Le 31, mieux; apparition sur tout le corps de larges pustules qu'on enlève aussitôt.

Les 19 et 20 août, la toux a cessé; on commence à sortir le malade.

Le 30, il commence à marcher, prend de l'embonpoint : la tumeur a presque complétement disparu.

Le 16 avril 1850, santé parfaite; une petite portion de peau lâche et ridée identique avec celle qui fut observée quelques jours après la naissance, est la seule trace d'une tumeur auparavant énorme.

J'ai eu l'occasion de voir une de ces tumeurs formées de kystes multiples à l'hôpital Necker. C'était en 1842, sur un enfant de vingt et un jours, mort pour une pneumonie qui occasionna la mort.

Cet enfant portait au côté gauche du cou, sous la mâchoire, une tumeur du volume d'un œuf environ, assez saillante, inégale, bosselée, molle, dépressible comme une tumeur érectile, sans douleur ni changement de couleur à la peau. Rien ne paraissait à l'intérieur de la bouche; je ne savais encore quel était la nature de cette tumeur, je n'avais encore rien décidé lorsque l'enfant mourut. Cette tumeur placée à une petite profondeur sous la peau, en avant du sterno-mastoïdien, appuyée sur les vaisseaux et les nerfs du cou, était irrégulièrement allongée de haut en bas, remontant un peu sous la branche horizontale de la mâchoire et descendant le long du larynx, jusqu au corps thyroïde.

Elle était formée de kystes séreux, incolores, inégaux, du volume de grains de chènevis ou comme des noisettes. Ces kystes étaient assez rapprochés et isolés par des fragments et lamelles de tissu graisseux, cellulaire et fibreux. On aurait dit une grappe d'hydatides.

Plus tard, en 1851, j'ai vu un fait à peu près semblable présenté par M. Morel à la Société de biologie, et ce médecin m'a dit en avoir vu un autre dans lequel le kyste se trouvait formé par une seule poche divisée par des brides tendineuses intérieures.

En 1853, j'ai vu un fait identique recueilli à la Maternité et présenté à la même société par M. Lorain. Ce médecin l'a publié en 1855 (1), dans un mémoire où faute d'avoir lu ce qui avait été écrit dans les précédentes éditions de cet ouvrage, il a paru donner comme nouvelles, des observations que j'avais déjà faites. L'enfant observé par M. Lorain était né avant terme, au huitième mois, et avait une tumeur énorme du volume de la tête, entourant le menton et les deux côtés du cou, tombant jusque sur la poitrine. Il mourut asphyxié

(1) *Mémoire sur une variété de kystes cervicaux* (*Gazette médicale*, 1855, p. 17

ut de quelques jours. Une incision sur cette tumeur m'a permis de voir le était, comme les précédentes, entièrement formée de kystes plus ou s volumineux, les uns blancs et transparents, les autres rosés, rouges, res, remplis de sérosité et tous séparés les uns des autres par une quan- us ou moins considérable de tissu cellulaire infiltré de sérosité et de s granulations graisseuses.

s la même année, 1853, en faisant mon service d'inspection des nourrices, un nouveau-né portant, à droite, au-dessous de l'oreille, jusque sur le, derrière la clavicule droite, et faisant le tour en arrière jusqu'aux ses vertébrales, une tumeur d'apparence bilobée, molle, élastique, ment dépressible, et offrant une teinte rosée, brunâtre, veineuse. Cette r, devenait dure au moment des cris, mais sa coloration violâtre mentait pas. Les mouvements de la tête et du bras étaient faciles, c'était doute un kyste rempli de sérosité colorée par le sang, mais était-ce un uniloculaire ou multiloculaire, comme ceux dont je parle en ce ent? C'est ce que je ne saurais dire, car cet enfant a été emporté par la rice et je ne l'ai pas revu.

trouvera dans les précédentes éditions de ce livre (1) différentes obser- ns de Wutzer et de Nélaton.

s kystes du cou chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle ne donc presque jamais simples et *uniloculaires*. Ils sont au contraire, me on a pu le voir dans les observations précédentes, agglomérés en grand bre; ce sont des kystes *multiloculaires* et *conglomérés*. Ils sont formés e poche renfermant différentes matières organiques solides et liquides.

paroi mince et fibro-celluleuse, sur certains kystes, est au contraire se, fibreuse sur d'autres; elle envoie quelquefois des prolongements inté- s, de manière à cloisonner la cavité interne et à former une foule de bles ou de kystes secondaires.

intérieur du kyste ou des kystes, si la poche est multiloculaire, est rem- e sérosité incolore, ou rougi par le sang; de matières gélatiniformes es, de pus ou de productions graisseuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses seuses. On y trouve des cheveux et des dents comme dans les monstruo- par inclusion.

s kystes existent ordinairement d'un seul côté du cou, mais ils peuvent ndre et envahir les deux côtés à la fois.

s kystes conglomérés du cou augmentent tous les jours en nombre et en ne et amènent soit l'induration du tissu cellulaire du cou, soit la suppu- n de ce tissu, ce qui est rare, soit enfin des accidents dus à la compression aisseaux et des nerfs de la région cervicale. Ils peuvent acquérir un ne énorme et alors ils gênent la circulation du cou, les mouvemen s, la circulation nerveuse des pneumogastriques, le passage de l'air ynx, et peuvent occasionner l'asphyxie par suffocation.

(1) Troisième édition. Paris, 1855, p. 725 et suivantes.

— J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de
le de deux ans, née avec un de ces kystes dans lequel on est
é dès la naissance des ponctions suivies d'injections, et
volume qu'il occupait toute la base de la mâchoire depuis le
ernum, formant ainsi une tumeur considérable semblable à
comprimait fortement la trachée et donnait lieu à un véritable
u asphyxie. L'enfant mourut : tout le tissu cellulaire du cou était rempli
tes incolores et rosés, épais au milieu de tissus sains, ailleurs, de tissu fibreux
é par une ancienne phlegmasie, et plus loin supprimé comme un phlegmon.

Traitement.

doivent é traités par les moyens chirurgicaux, soit par l'acupuncture,
ue le cons nawkins, soit par des sétons filiformes avec des brins de
assez no x, comme l'a fait le docteur Évans, soit par l'excision et
on. ponctions ction d'iode, etc.
e suture, pro Arnolt et par M. Nélaton, a
usage, car c'est dé dangereux à cause de la plaie
en résulte, plaie dont la suppuration et les complications peu
rir les nouveau-nés.
incture ne détermine pas d'accidents et doit être combinée à des
iodurées sur la tumeur, ou à la c pression, quand elle est possible.
sétons filiformes peuvent déter r une assez forte suppuration
pagnée de fièvre et de symptômes es. Il convient alors de mettre des
cataplasmes sur la tumeur, et de faire des onctions mercurielles répétées plusieurs fois par jour. C'est le meilleur moyen de combattre ces accidents.

L'incision peut être employée si la tumeur n'est pas trop volumineuse, elle a été mise en usage par le docteur Roux (de Brignolles). Après avoir fait l'incision, il a entretenu la suppuration par des mèches renouvelées chaque jour et par de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent.

Je préfère l'incision modifiée dans son exécution par M. Roux (de Toulon). Ce chirurgien a deux fois réussi en pratiquant des incisions *sous-cutanées* capables d'atteindre un grand nombre de petits kystes et de les mettre en communication les uns avec les autres, et en injectant alors de la teinture d'iode dans leur intérieur. C'est là une idée ingénieuse qui doit être féconde en bons résultats. On en verra la preuve dans ces deux observations publiées par ce médecin (1).

Observation IV. — *Kyste congénital du cou chez un enfant de huit jours. — Injection iodée. — Guérison.* — L'enfant Louis Garodi, de la Seyne (Var), présente en naissant une tumeur si volumineuse au cou, que les parents et les assistants croient à un monstre à deux têtes, tandis qu'un médecin la prend pour une production érectile.

Les deux grand'mères de l'enfant le portent dans mon cabinet, sept jours après la naissance, et je reconnais ce qui suit :

(1) *Injections iodées dans deux kystes congénitaux du cou* (*Bulletin de l'Académie*, Paris, 1856, t. XXI, p. 1057 et suiv.).

meur, située au côté gauche du cou, a le volume de la tête d'un fœtus elle s'étend en avant, de la ligne médiane jusqu'à la nuque, tandis que, n haut par la portion horizontale du maxillaire inférieur, elle descend l'acromion Cette tumeur saillante, sans changement de coloration de la i la recouvre, est compressible, fluctuante, transparente dans sa partie re. A l'aide d'une sorte de dissection sous-cutanée, on reconnaît qu'elle uée à sa base et bilobée à sa partie supérieure et externe, et que le sillon vise en ce point est dû à une bride fibro-graisseuse Elle repose évidem- r les parties profondes du cou, la trachée-artère, le pharynx, les vais- es nerfs, etc. Elle gêne les mouvements de la tête; indolore à la pres- e se gonfle considérablement quand l'enfant crie, quand il tette ; alors la git outre mesure et la respiration s'embarrasse. D'ailleurs le nouveau-né nfant et bien constitué : les parents affirment que la tumeur grossit our.

ndemain, 3 janvier 1856, je pratique l'opération suivante, en présence collègue et ami M. le docteur Martinenq.

ant convenablement assujetti, je fis à la peau de la partie antérieure et e du cou, vers le bord externe du muscle sterno-mastoïdien, un pli que rsai à sa base avec une sonde cannelée en fer de lance, qui pénétra dans ar jusqu'à la nuque, sans y entamer le tégument. Je glissai rapidement cannelure un ténotome mousse et délié, que je portai dans diverses ns, afin d'ouvrir le plus de poches possibles dans ce kyste multiloculaire, rir risque cependant d'intéresser les gros vaisseaux. Durant cette ma- , et après la sortie du ténotome, il s'échappa par l'ouverture unique de ar et par la cannelure de la sonde, restée à demeure, environ 100 gram- sérosité filante, légèrement colorée par le sang.

meur s'affaissa beaucoup et devint pâteuse ; mais le cou ne reprit qu'in- ement sa forme. L'exploration des éléments du cou rendue plus facile, s reconnaître d'autre kyste.

nule d'une seringue remplie du mélange suivant :

Eau distillée	50	grammes.
Teinture d'iode	50	—
Iodure potassique	2	—

introduite dans la tumeur, la sonde cannelée fut retirée, et le liquide distendit la poche séreuse. Il y fut maintenu cinq minutes, et la moitié nt en fut aisément chassée par de douces pressions. Un carré de taffetas une compresse et deux tours de bandes composèrent le pansement.

uleur fut assez vive, à en juger par les cris de l'enfant; mais elle ne fut longue durée, car il prit le sein, et s'endormit peu après. La journée e, mais le soir le kyste commençait à se distendre ; la nuit fut agitée.

ours suivants, la tumeur augmenta de volume, sans atteindre pourtant ensions primitives ; il y eut de l'agitation, de la fièvre. (Cataplasmes ts.) Le calme se rétablit bientôt.

février, je revis le malade; il n'y avait plus de trace de poche et de à la place du kyste existait une tumeur dure de la grosse

indolore, sans coloration de la peau, composée sa

es des kystes primitifs, dont le pédicule commun par

vaisseaux.

urd'hui 4 août, six mois après l'opération, voici c

viens de voir l'enfant *Garodi*, et puis vous assure

laxité dans les téguments du côté où existait la tumeur, il ne reste aucune trace du mal et de l'opération. L'enfant, joyeux, bien portant, tient son cou droit comme un I ; c'est un beau et bien satisfaisant résultat. »

Observation V. — *Kyste congénital du cou chez un enfant de quinze mois. — Injection iodée. — Guérison.* — Gamborazzi (Suzanne), dont les parents habitent un faubourg de Toulon, portait depuis sa naissance, au côté gauche du cou, une tumeur qui, deux mois après, avait beaucoup augmenté de volume et n'avait cessé de faire des progrès jusqu'au moment où elle nous fut apportée. L'enfant, douée de beaucoup d'embonpoint et très belle du reste, présente au côté gauche du cou, de la ligne médiane du sternum à celle de l'occipital et de la base du maxillaire inférieur à l'acromion, une tumeur très étendue, saillante, indolore, fluctuante, transparente, sans changement de couleur à la peau. On y distingue par le toucher au moins deux loges, dont la plus inférieure, située sur l'acromion, est plus dure, plus résistante que l'autre. L'enfant, maintenant âgée de quinze mois, est sevrée depuis deux.

Les mouvements du cou sont gênés, et les parents déclarent que l'enfant est souvent prise de suffocation, la nuit surtout.

Le 17 mai 1856, je fis la ponction sous-cutanée, l'incision des cloisons de plusieurs kystes, l'injection iodée comme je l'ai indiquée dans la précédente observation.

Cette opération offrit les particularités suivantes :

La ponction sous-cutanée fut pratiquée en arrière du cou : elle donna sortie à un liquide brunâtre abondant. Reconnaissant alors à travers la tumeur flasque, mais encore volumineuse, que le kyste sus-acromion était resté intact, je l'incisai largement avec le ténotome laissé dans la poche primitive, et il s'écoula en assez grande quantité un liquide presque analogue au sang veineux. Après l'injection les pressions réitérées ne parvinrent à faire sortir que le quart environ du liquide injecté.

L'enfant n'avait poussé que des cris modérés, et s'était consolée bientôt quand elle s'était vue seule.

Le soir, la tumeur dut beaucoup augmenter de volume et exercer une certaine compression sur les organes si délicats du cou, puisque les parents me firent savoir que l'enfant avait beaucoup de fièvre, de l'agitation, et que sa respiration était gênée, phénomènes dus en partie sans doute à l'absorption de l'iode. Je me disposais à aller voir la malade et à ponctionner le kyste pour en diminuer la tension par la sortie d'une partie de son liquide, lorsqu'on vint me dire que l'évacuation s'était faite spontanément à travers l'ouverture de l'opération.

Le 22, on l'amena chez moi ; elle était gaie, convenablement colorée, elle avait mangé avec plaisir. A plusieurs reprises, la tumeur s'était en partie vidée, son volume était moindre, il n'y avait pas de rougeur ; la pression paraissant douloureuse.

Je ne revis plus l'opérée que le 14 juillet. Le kyste, qui a beaucoup diminué, est encore cependant de la grosseur d'un œuf ; on y perçoit une fluctuation obscure et les doigts peuvent suivre son pédicule jusque sur la partie antérieure des vertèbres cervicales.

Trois mois après l'opération, j'ai revu la petite Suzanne, qui est douée d'une santé parfaite. Le kyste a disparu ; à sa place est une tumeur dure qui ne fait qu'un faible relief au-dessous de la peau, qui est ridée ; le cou a sa rectitude et ses mouvements naturels.

CHAPITRE III.

DE L'ADÉNITE CERVICALE.

dénite est une inflammation des glandes lymphatiques.
e s'observe ordinairement au cou, mais on la rencontre sur d'autres ré-
du corps, et elle est presque toujours liée à la scrofule. Elle peut se
pper chez des sujets bien portants sous l'influence de causes locales.
se montre sous deux formes : à l'état *aigu* et à l'état *chronique*.
dénite aiguë est le plus souvent symptomatique d'une autre affection
dont elle devient un signe extérieur et dont elle révèle souvent l'impor-
Comme l'a dit Guersant, pour peu qu'un enfant soit doué du tempé-
t lymphatique, il ne peut avoir le mal de gorge le plus simple sans
gement des ganglions sous-maxillaires, et si l'affection pharyngienne a
actère spécial, on voit survenir une tuméfaction énorme ou de véri-
bubons, comme dans l'angine couenneuse et la scarlatine ; les plaies
antes des membres s'accompagnent presque toujours d'un degré plus
ins considérable d'inflammation des glandes lymphatiques, auxquelles
ssent les vaisseaux blancs de la région.
me chez l'adulte, les adénites s'accompagnent des signes connus de
mmation ; seulement ici, ils apparaissent plus rapidement et sont plus
particulièrement la douleur et la rougeur. Le retentissement sur l'orga-
se traduit par un appareil fébrile plus prononcé que chez l'adulte, et
eu que l'enfant soit excitable, il n'est pas rare de voir survenir des
sions. Sous cette forme, l'adénite se termine souvent par suppuration
tre, six ou huit jours.
considérations sur la marche de l'affection sont suffisantes pour mon-
e le traitement doit être actif dès les premiers jours si les symptômes
ononcés. Outre la terminaison par suppuration, il en existe deux autres,
lution et le passage à l'état chronique. Cette dernière forme n'est pas,
te, seulement consécutive ; elle existe bien plus fréquemment d'une
e primitive chez les sujets lymphatiques, et sous son influence, les
ns peuvent se remplir de matière tuberculeuse ou passer à l'état carti-
x ; dans le plus grand nombre des cas pourtant, ils ne subissent aucune
rmation, et finissent par se résoudre sous l'influence du temps et du
ent convenable.

Traitement.

tie la plus efficace du traitement est celle qui consiste à éloigner la
l'adénite est le résultat. Mais ceci exécuté, il reste souvent au chi-
soit par des applications de sangsues, soit par des moyens
cataplasmes ou des applications de laine ou

de ouate. Les onctions avec l'onguent napolitain ou les pommades iodurées sont les moyens les plus puissants pour obtenir la résolution de la tumeur.

Si, malgré les moyens ci-dessus, la suppuration se produit, il reste plusieurs questions à résoudre. Faut-il laisser l'ouverture aux soins de la nature ? Si on se décide à ouvrir, comme il est généralement admis de le faire, quel procédé faut-il employer ?

Guersant reproche à tous ceux mis en usage généralement d'exposer à des cicatrices plus ou moins laides, mais toujours très apparentes, et voici ceux qu'il a emprunté à M. Bonnafont. Il consiste dans un séton filiforme que l'on passe à travers le foyer à l'aide d'une aiguille dont la longueur est suffisante pour entrer par un des points des parois et aller sortir à l'autre extrémité du diamètre choisi, dont une des extrémités doit toujours occuper une position déclive. Le fil ainsi introduit est dégagé de son aiguille et noué en anse libre sur la tumeur, de façon qu'on puisse le mouvoir pour faciliter l'écoulement. Celui-ci se fait du reste très aisément et d'une manière continue dans les pièces de l'appareil de pansement ; la tumeur diminue de volume chaque jour, le foyer se rétrécit, et au bout d'un temps plus ou moins long, souvent quelques jours seulement, on peut le retirer, et les parois sont complétement recollées. L'avantage de ce procédé d'évacuation du pus est très important surtout dans les régions exposées à la vue, en ce qu'il ne laisse pour trace que de petites cicatrices qui ressemblent plus à des piqûres de sangsues qu'à toute autre chose.

Dans les cas d'adénite chronique, il faut surtout avoir recours au traitement général médical et hygiénique. Sous son influence, l'enfant se développe, et avec le temps de volumineux engorgements disparaissent. Si la santé s'améliore et qu'on n'obtienne pas d'amendement dans l'état des ganglions, on peut entreprendre de les ramener à l'état de suppuration, ce que l'on obtient surtout à l'aide du séton. Enfin, s'ils ont subi des dégénérescences, on peut dans certains cas les enlever, soit avec le bistouri, soit avec les caustiques ; mais on doit toujours faire ces opérations tardivement, après avoir donné longtemps les moyens internes.

A la suite des abcès ouverts seuls ou par le bistouri, lorsqu'il y a des décollements de la peau, les cicatrices se font attendre ; alors les pansements avec le vin aromatique, l'eau chlorurée, les applications de teinture d'iode, les pommades au calomel ou le calomel pur, doivent être mis en usage successivement, et réussissent quelquefois. C'est dans ce cas que l'arséniate de soude à l'intérieur d'après ma formule peut rendre de grands services :

Sirop de sucre.....	300 grammes.
Arséniate de soude.....	5 centigrammes.

Une à deux cuillerées à bouche par jour.

Sous l'influence de ce remède les plaies se cicatrisent très rapidement.

LIVRE XX.

DES MALADIES DES YEUX.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

On donne le nom d'*ophthalmie purulente* à une inflammation spécifique et contagieuse de la conjonctive oculaire et palpébrale, souvent réunie à l'inflammation de la cornée.

Dans cette maladie, les paupières sont rouges et considérablement tuméfiées ; les conjonctives se couvrent de granulations, ou de fausses membranes plus ou moins épaisses, sécrètent une abondante quantité de pus, et l'œil est souvent compromis ou définitivement perdu.

Il y a plusieurs variétés anatomiques d'ophthalmie purulente, l'ophthalmie granuleuse, et l'ophthalmie diphthéritique.

L'ophthalmie purulente se développe chez les nouveau-nés au troisième ou au quatrième jour de la naissance, chez ceux dont les mères ont habituellement des flueurs blanches ou sont affectées de blennorrhagie syphilitique, alors c'est une ophthalmie blennorrhagique, chez ceux enfin qui naissent au moment des épidémies de fièvre puerpérale. L'ophthalmie purulente est plus commune dans cette dernière circonstance que dans les autres conditions dont je viens de parler.

Elle se développe aussi chez les enfants à la mamelle placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, et en particulier chez les enfants qu'on amène aux Enfants trouvés ou dans les hôpitaux consacrés à l'enfance. Alors elle se montre souvent d'une manière épidémique et elle sévit sur un grand nombre de sujets à la fois.

Cette maladie est souvent contagieuse : aussi est-il sage de se laver les mains après avoir touché les paupières d'un enfant qui en est affecté. Cette mesure est dictée par la prudence, car il est impossible de distinguer l'ophthalmie purulente inflammatoire de l'ophthalmie blennorrhagique. Or celle-ci est bien évidemment contagieuse et transmissible par contact direct. Il faut donc prendre, à l'égard de l'une et de l'autre, les précautions nécessaires pour ne pas contracter la maladie soi-même ou la communiquer à d'autres enfants.

L'ophthalmie purulente est une de ces maladies qu'il faut reconnaître de bonne heure, car elle est si rapide dans sa marche, si destructive par les promptes et graves lésions qu'elle amène dans l'organe de la vue, que, si l'on tarde à employer les remèdes nécessaires pour la combattre, il devient impossible d'en triompher avantageusement. Le malade guérit, mais les yeux sont perdus.

Les symptômes sont à peu près les mêmes dans l'ophthalmie purulente sporadique, puerpérale, épidémique et syphilitique. La spécificité de la cause se révèle pas par de notables différences dans les lésions oculo-palpébrales. C'est un malheur sans doute, mais c'est un fait qu'il ne faut pas ignorer.

Au début, les paupières sont un peu rouges et légèrement tuméfiées. On voit d'abord qu'une seule ligne rougeâtre transversale qui occupe le centre de la paupière ; mais bientôt les bords et l'angle interne de l'œil deviennent rouges et douloureux à la pression. L'action de la lumière est pénible, et il existe une douleur continue qui provoque les cris des enfants et les privent de sommeil. La conjonctive est généralement injectée. L'œil ne présente aucune modification.

Ces altérations prennent rapidement beaucoup de gravité. Dans l'espace de douze ou vingt-quatre heures, la rougeur des paupières devient si intense et leur gonflement si considérable, que les yeux ne peuvent plus s'ouvrir. La paupière supérieure recouvre la paupière inférieure ; elles sont agglutinées entre elles par du pus desséché, et lorsqu'on les sépare l'une de l'autre, une matière crémeuse, blanchâtre ou jaunâtre, épaisse, d'aspect purulent, s'échappe et coule à l'extérieur. La conjonctive oculaire et palpébrale est très rouge, très gonflée et couverte de granulations fines très nombreuses, ou de fausses membranes très minces signalées pour la première fois par M. Chassaignac.

Il y a donc deux variétés anatomiques d'ophthalmie purulente des nouveau-nés, l'ophthalmie purulente granuleuse et l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse. Sur 322 observations d'ophthalmie purulente recueillies à l'hospice des Enfants trouvés par M. Chassaignac, il y a eu 106 cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse, et 216 cas d'ophthalmie granuleuse. Ces fausses membranes, bien visibles quand on lave les yeux avec le jet d'un irrigateur, couvrent une plus ou moins grande étendue de la surface oculo-palpébrale. Elles sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse et renfermant encore dans son réseau des globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux.

L'œil ne présente encore aucune altération. La cornée n'a pas perdu sa transparence.

La sécrétion puriforme change rapidement de couleur ; elle est fort abondante, verdâtre, et quelquefois mêlée à du sang. C'est alors qu'on observe l'inflammation de la cornée, son ramollissement, son ulcération, sa perforation, et souvent la perte de l'œil.

Il est souvent difficile de bien apprécier la marche de ces altérations, car on ne peut écarter suffisamment les paupières sans lutter avec force contre l'enfant, que cette manœuvre fait horriblement souffrir, ou sans se servir de la douche froide d'un irrigateur. On peut également profiter du moment rapide dans lequel on introduit un collyre dans l'œil pour examiner la surface de cet organe.

On voit alors que la cornée a perdu son éclat et son poli, et qu'elle offre

sur un ou plusieurs points une teinte grisâtre différente de la coloration des parties voisines. Cette teinte grisâtre appartient à la portion de la cornée qui est ramollie. Bientôt le centre de ce ramollissement se perfore, les humeurs de l'œil s'écoulent et l'œil se vide, à moins que, comme cela se rencontre quelquefois, il ne se fasse une hernie de l'iris qui oblitère l'ouverture et s'oppose à la sortie de l'humeur vitrée. Toutefois on peut regarder l'œil comme perdu pour la vision.

Ailleurs, on voit sur la cornée une ulcération plus ou moins profonde, avec ou sans ramollissement des parties voisines. Lorsque l'ulcération est large, elle peut déterminer des accidents semblables à ceux que produit l'altération précédente, c'est-à-dire la perte de l'œil.

Chez quelques enfants enfin il y a seulement infiltration purulente de la cornée, qui est opaque dans une étendue plus ou moins considérable. Cette infiltration et la cicatrice des ulcères de la cornée sont l'origine de ces taies qu'on observe après la guérison de l'ophthalmie purulente.

Dès que l'inflammation s'affaiblit, le gonflement des paupières et leur rougeur diminuent; la suppuration est moins abondante, moins épaisse et prend un meilleur aspect, les fausses membranes ou les granulations disparaissent, l'enfant supporte mieux la lumière et entr'ouvre les paupières avec plus de facilité. On peut voir à ce moment si l'œil a été fort endommagé: alors on observe l'opacité et le staphylome de la cornée, la déformation de la pupille, par suite des adhérences anormales de l'iris, et enfin la vacuité du globe oculaire.

Tels sont les accidents de l'ophthalmie purulente; ils sont, comme on le voit, fort graves; cependant l'ophthalmie purulente granuleuse est moins grave et moins rapide dans sa marche que l'ophthalmie pseudo-membraneuse; quelquefois les accidents de cette maladie durent à peine quelques jours, et la terminaison est heureuse. Lorsqu'ils se prolongent plus longtemps, il est rare que le globe de l'œil n'ait pas été attaqué, alors ils persistent pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois.

Parmi les altérations de l'œil qui succèdent à l'ophthalmie purulente, il en est une qui est moins grave qu'on ne pourrait le présumer. L'opacité de la cornée qui résulte de l'ulcération ou du ramollissement de cette partie finit par disparaître avec l'âge. Il faut pour cela qu'elle ne soit pas générale et qu'elle n'envahisse pas toutes les lames de la cornée. On voit assez souvent chez les jeunes enfants, et cette observation est bien connue, on voit, dis-je, l'opacité bien évidente, mais superficielle, de la cornée disparaître complétement ou ne laisser que des traces imperceptibles. Toutefois cette disparition est lente, et elle met à s'accomplir plusieurs mois, et même plusieurs années. Je l'ai vue s'effectuer en quelques semaines, mais ces cas sont fort exceptionnels. Il faut bien se garder de rien faire dans le but d'en hâter la marche, sous peine de faire naître de nouveaux accidents qui auraient un résultat tout contraire à celui qu'on désirait obtenir.

Il faut se hâter de combattre l'ophthalmie purulente, dès son début, par les moyens les plus énergiques. Jadis on conseillait l'application d'une ou deux sangsues aux tempes, mais cette soustraction de sang n'est pas toujours suivie d'une grande amélioration. Or, comme ici il y a peu de temps à perdre, il faut employer les moyens qui réussissent le plus constamment ; il faut appliquer sur les paupières des compresses imbibées de liquides astringents, et en particulier d'eau blanche, comme cela se pratique à l'hôpital des Enfants trouvés. En outre, deux fois par jour il faut instiller entre les paupières, à l'aide d'une seringue, et mieux à l'aide d'un pinceau d'aquarelle, une solution de nitrate d'argent dont voici la formule :

Azotate d'argent.....	30 centigrammes.
Eau distillée.....	30 grammes

Faites dissoudre et gardez à l'abri de la lumière.

Ces proportions ne sont pas indifférentes ; car, s'il faut modifier la phlegmasie de la conjonctive au moyen de cet excitant, il importe également de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre. Or, si l'on employait une solution plus concentrée, on pourrait, au lieu de modifier avantageusement l'inflammation, lui donner une nouvelle activité et hâter ainsi la perte de l'œil.

Il faut dans quelques circonstances toucher légèrement la conjonctive palpébrale, et même la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation doit être faite sur la conjonctive lorsqu'elle est très tuméfiée et couverte des fines granulations dont nous avons parlé. Il faut cautériser les ulcérations de la cornée lorsqu'il est facile de les bien apercevoir.

Ces divers moyens sont les meilleurs que l'on puisse mettre en usage. On emploie aussi les compresses imbibées d'eau froide et de liquides astringents ; les irrigations continues d'eau froide qui réussissent assez bien ; les lotions répétées 3 fois par jour avec un irrigateur qui lave et nettoie les paupières, les applications momentanées de mélanges réfrigérants avec de la glace et du sel, durant cinq minutes ; les collyres de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, les lotions avec la liqueur de van Swieten étendue de moitié son poids d'eau, la solution iodo-tannique, 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, etc. ; mais il n'est aucune substance qui puisse avantageusement remplacer le nitrate d'argent.

En cas de chémosis, complication assez fréquente, il faut pratiquer l'excision de la muqueuse.

Nous devons parler encore d'un accident qui survient quelquefois dans le cours du traitement de l'ophthalmie purulente ; il est moins de la faute du médecin que de la faute de l'enfant, mais il faut cependant tâcher de l'éviter. Lorsque les paupières sont très gonflées et qu'on veut les écarter pour voir l'œil et y mettre du collyre, l'enfant se débat, lutte, contracte ses muscles orbiculaires et favorise ainsi le renversement du cartilage tarse, ce qui forme un ectropion à la paupière supérieure. Ce renversement est, en général, sans

e : il cesse dès qu'on abandonne la paupière ; mais chez quelques
rsiste, et l'on ne peut réduire cette luxation des cartilages tarses
nt un corps étranger sous la paupière, et en se servant de la main
lacer dans leur position naturelle. Pour ne pas avoir tous les em-
e telle opération, il faut éviter ce déplacement du bord de la pau-
nfant résiste quand on veut lui ouvrir l'œil, il ne faut pas insister ;
contenter d'écarter légèrement les paupières, juste ce qu'il faut
le pinceau chargé de nitrate d'argent au-dessous d'elles. En ne
contre le petit malade, on est certain de ne pas déterminer ce reu-
si difficile à réduire dans quelques circonstances.

e de l'ophthalmie purulente il reste quelquefois sur la cornée des
ovoquent des mouvements oscillatoires dans les yeux. On peut
emple du docteur Lawson, faire la section des muscles droits in-
emple qui suit est fort curieux sous ce rapport.

ON. — *Mouvements oscillatoires des deux yeux ; section des muscles
nes ; grande amélioration de la vue.* — J. S..., âgé de sept ans, fut
rand hôpital du Nord, dans le service de M. Lawson. Il était com-
veugle de l'œil droit, était atteint d'un staphylome de la cornée, suite
e purulente dans l'enfance. A l'œil gauche, le bord pupillaire de
dhérent à une cicatrice de la cornée, consécutive à un ulcère perfo-
eux yeux oscillaient continuellement, en sorte que cet enfant ne pou-
uer nettement aucun objet. En allant et venant dans la salle, il se
uemment contre les lits, et il lui était impossible de ramasser à terre
e petite dimension. S'il voulait examiner quelque chose, il poussait,
gts de la main gauche, le globe oculaire vers la commissure interne
es et l'y maintenait pendant qu'il dirigeait sa tête vers l'objet. Il y
me convergent, et c'étaient les muscles droits internes et les obliques
qui semblaient être les principaux agents du mouvement oscillatoire.
r de le faire cesser et de rendre aux yeux plus de fixité, M. Lawson
it interne de chaque côté. Il en est résulté un avantage marqué. Non-
a physionomie de ce malheureux enfant est mieux qu'auparavant,
se promener aisément dans la salle, sans se heurter contre les meu-
uer les objets à la distance de quinze ou vingt pieds, et ramasser des
le plancher. Il est capable maintenant de monter un escalier, tandis
pération il n'osait le faire qu'en marchant sur les mains et les genoux.
ments oscillatoires des yeux ont considérablement diminué, et il n'a
pour regarder, de fixer son œil à l'aide des doigts (1).

CHAPITRE II.

DE LA TUMEUR LACRYMALE.

ur lacrymale est assez rare chez le nouveau-né. Elle se présente
ractères semblables à ceux de la tumeur lacrymale chez l'adulte. En
emple observé par M. Caron :

Times and Gazette, r

. — L..., âgée de quarante ans, sourde et muette, a
es, bien conformées et pourvues du sens de l'ouïe et de la
i mars d'un garçon qui ne paraissait point sourd non pl
particularités que voici : il portait à l'œil droit une tu
volume [illegible] uf de canari environ, constitué par une *hydropisie du sac l*
Le liqu[illegible] ait difficilement par le point lacrymal correspondant, et
les pre[illegible] xercées, rien ne s'échappait par le canal nasal.

Sans [illegible] r, M. Caron opéra l'enfant au bout de quarante-huit heure
avoir fait [illegible] lement des pressions ménagées et réitérées sur la tumeur
essayé en vain de vider le sac par le point lacrymal, il en ouvrit le co
une lancette, de manière à évacuer tout le liquide séro-purulent qu'el
nait ; il fit une injection simple dans le sac, qu'il vida complétement
cou [illegible] insi que toute l'étendue des parois de la tume
cou [illegible] collodion. Sous l'influence de ce topique com
la peau [illegible] ratatina, et ne se prêta plus au développement de

En effet, au bout de vingt-quatre heures, la peau était légèrement ro
voisinage du collodion, la portion du cartilage avoisinant un peu injec
en détachant avec l'ongle le collodion et le soulevant, on put voir la pe
déjà cicatrisée, la partie pâteuse plutôt que tuméfiée et sans fluctuation.
appliqua une nouvelle couche du topique imperméable, qui opéra, en s
chant, la rétraction de la peau ; elle resta quarante-huit heures en place.
de ce temps, la tumeur parut effacée, la peau plissée, et les muqueuses
commençaient à couler du côté correspondant. On lava souvent l'int
nez au moyen d'un pinceau, et depuis ces pansements, le cours des lar
largement rétabli, et la tumeur lacrymale ne s'est plus reproduite. Il
même aucune cicatrice visible dans le lieu où a été pratiquée la ponctio
probable que la tumeur était une véritable hydropisie du sac lacrymal
l'excessive distension de celui-ci occasionnait l'occlusion du canal nasal
dans certains cas de rétention d'urine par regorgement.

Le même enfant offrait un phimosis assez prononcé pour mettre el
l'évacuation des urines. Une incision pratiquée au prépuce sur sa face su
fit prompte justice de cette difformité.

Cette tumeur de l'appareil était formée par une hydropisie du sac l
plutôt qu'elle ne constituait une tumeur lacrymale proprement dite. C'e
cas intéressant, presque unique dans la science sous le rapport de l'âg
été observé.

Il n'y avait pas d'autre traitement à faire que celui qui a été mis e
par M. Caron. On peut se demander cependant s'il aura été suffis
la maladie ne se sera pas reproduite, à cause de l'obstruction du can
En effet, on n'a pu constater la perméabilité de ce canal.

CHAPITRE III.

ABSENCE CONGÉNITALE DE LA SÉCRÉTION LACRYMALE.

Voici un fait rare, observé par M. Salomon (de Birmingham), mais
déclarer que je ne partage pas son avis, et que ce qu'il considère com
fait congénital, je le considère comme la conséquence d'une ophthalmi
loppée peu après la naissance.

ATION. — Un jeune garçon de vingt-huit mois, avait deux petites opa-
la cornée droite, et il ne pleurait jamais jusqu'à verser des larmes.
obes oculaires sont saillants et le siége d'un léger mouvement rotatoire ;
point d'opacité du cristallin ou de la capsule qui puisse expliquer ce
nt oscillatoire. Les mouvements naturels des yeux sont concordants ; il
de traces d'amaurose. Les iris sont bleus et contractiles. La conjonc-
parties qu'elle tapisse sont à l'état normal. La surface des globes ocu-
claire et brillante. En un mot, à l'exception de légères opacités de la
s yeux sont complétement sains. Le toucher ne révèle rien d'anormal
t de la glande lacrymale. Ces opacités proviennent d'une ophthalmie
fant a été atteint à l'âge de deux mois ; il a eu depuis une conjonctivite
e. Aucun de ses proches ne présente rien de particulier sous le rapport
rétion lacrymale.
e voir si la sécrétion lacrymale existe ou non et en même temps pour
les taches de la cornée, j'introduis entre les paupières un peu d'onguent
rouge de mercure ; l'enfant pousse de grands cris, et son œil devient
e un peu plus humide, mais il ne s'échappe point de larmes des pau-
il ne s'en accumule pas dans l'angle interne. Cette expérience renou-
sieurs fois donne toujours le même résultat, même lorsque je place l'ex-
de mes doigts sur les points lacrymaux de façon à les obstruer.
pacités ne disparaissant point, on a recours à un stimulant plus actif, la
d'opium ; la conjonctive droite, sur laquelle on agit, devient rouge, et il
e sur la joue un flux de liquide incolore et salé ; mais, bien que l'enfant
e grands cris, l'œil gauche n'éprouve aucun changement. Quelque temps
n introduisit ainsi de la teinture d'opium dans l'œil gauche, et il s'en
aussi quelques larmes, tandis que l'œil droit n'éprouvait aucun change-
s expériences démontrent bien qu'il existe de chaque côté une glande
le susceptible de sécréter des larmes, mais seulement sous l'influence
mulation extraordinaire.

use de cette sorte d'engourdissement des glandes lacrymales à cet âge
t pas inexplicable. Je crois que ce cas est le premier où l'on eût
ce phénomène à l'état congénital et sans complication d'altération de
nctive. Les causes les plus ordinaires de la suppression ou de la dimi-
e la sécrétion des larmes sont : une maladie de la glande lacrymale,
cas d'amaurose, la faiblesse de nutrition amenée par l'âge avancé, un
hagrin, l'obstruction du conduit de la glande.
pellerai, en terminant, que M. Wardrop (1) a rapporté un cas de
se congénitale de la conjonctive (*xeroma*) avec impossibilité de répan-
larmes, due à ce qu'une adhérence intime des paupières au globe de
truait les conduits de la glande lacrymale.
sultat semblable s'observe quelquefois chez l'adulte à la suite de la
tivite. Il est très possible que le cas de M. Wardrop ait été la consé-
d'une conjonctivite survenue pendant la vie in

ncette, 19 novembre 1853.

LIVRE XXI.

DES MALADIES DE L'OREILLE.

L'oreille est le siége de nombreuses maladies qui ne sont pas toute ment fréquentes chez les jeunes enfants. L'otite aiguë, l'otite chro l'otorrhée, les corps étrangers de l'oreille, sont les seules qu'on ob premier âge, et encore dois-je dire qu'elles sont très rares.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'OTITE ET DE L'OTORRHÉE.

L'otite résulte quelquefois de la phlegmasie de la muqueuse bu passe dans la trompe d'Eustache et gagne l'oreille interne où elle On la rencontre à l'*état aigu* et à l'*état chronique*. Elle succède à l'i du froid, des corps étrangers, tels que noyaux de cerise, graviers, la secte (Meissner, Ménard, Saint-Laurent), etc., très souvent aux aiguës, particulièrement à la rougeole, à la scarlatine, à la fièvre t aux maladies du rocher, etc., et amène l'affaiblissement de l'ouïe, des douleurs plus ou moins vives, et enfin, au bout de quelques jour puration du conduit auditif externe, la perforation de la membrane d et l'écoulement de pus par le conduit auditif. Le pus continue à s dant quelques jours, puis cesse de couler, si la phlegmasie se termine lution. Ailleurs, particulièrement dans les cas de corps étrangers dan il se produit des convulsions éclamptiques ou épileptiformes, de la faciale, de l'hémiplégie, comme cela est signalé par Itard, Larrey pouillon, Saint-Laurent (1), etc. Ces accidents nerveux peuvent êtr thiques, *essentiels* et sans lésion osseuse, ou au contraire être sympt et sous la dépendance d'une suppuration du rocher.

Ordinairement, l'inflammation passe à l'état *chronique*, la suppura tinue et se prolonge plusieurs semaines ou quelques mois. La mala alors le nom d'*otorrhée*.

L'otite chronique et l'otorrhée sont surtout la conséquence de la de l'ostéite du rocher ou des tubercules de cet os. Elles s'observent l nairement chez les sujets débiles, lymphatiques, scrofuleux ou nés d affaiblis et plus ou moins entachés eux-mêmes de scrofule. Il y e espèces, l'une occupe le conduit auditif externe seulement, et l'au siége dans ce conduit et dans l'oreille moyenne à la suite de la perfo tympan.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, octobre 1860.

quelques cas, la suppuration de l'intérieur de l'oreille altère les parois
isse, et s'étend aux cellules mastoïdiennes et au rocher lui-même par
l'altération des os, et de leur nécrose ou de leur carie consécutive.
maladie se prolonge indéfiniment, la suppuration ne tarit pas, des
ts osseux sont rejetés au dehors, et la maladie, chaque jour plus
, s'étend du rocher à la dure-mère, aux méninges et au cerveau, d'où
gite et la mort.

les exemples que j'ai recueillis, quelques-uns sont dignes d'intérêt;
le sommaire :

ATION I. — Un enfant nommé Yver, âgé de deux ans, était à l'hôpital
our une bronchite aiguë.
e était volumineuse comme celle d'un hydrocéphale et comme celle des
de la famille.
it souvent des convulsions.
uite d'une rougeole, otite aiguë, suppuration et perforation de la caisse
an, prolongation de la maladie.
chronique; carie des rochers, expulsion de fragments osseux très recon-
es.
e hectique intermittente.
au bout de huit mois, à la suite de méningite aiguë.
nfant n'avait qu'une surdité incomplète, et chaque jour il apprenait de
x mots.

VATION II. — Un autre enfant (Boissonnade), âgé de dix-huit mois,
ents, maigre, chétif, peu développé, eut une otite aiguë, puis une otite
ue à la fin d'une bronchite grave. Ses deux oreilles suppuraient, et au
n an des os *très poreux* sortirent du conduit auditif. La fièvre hectique
ttente s'établit, et l'enfant, chaque jour plus faible, mourut d'entérite
ue, avec la carie d'un des deux rochers.
rdité, chez cet enfant, était incomplète; il retenait et prononçait chaque
monosyllabes qu'il ne pouvait dire la veille; il arrivait à répondre aux
'on lui adressait.

interne. — Cette forme d'otite a pour siége l'oreille moyenne et in-
a caisse du tympan, le limaçon, les canaux demi-circulaires ou le
ont malades.
embrane du tympan est perforée, la caisse remplie de pus verdâtre,
ets détachés ou tombés, les parois osseuses nécrosées et quelquefois
rcules enkystés existent dans le rocher. C'est dans ce cas qu'on ren-
ussi la carie des cellules mastoïdiennes communiquant ou non avec
ur par une fistule cutanée.

otite interne débute par des douleurs aiguës avec fièvre et sur-
Au bout de quelques jours le tympan éclate et du pus sort par le
auditif externe. Il en résulte un *otorrhée* chronique et la cessation
eurs et de la fièvre. — Plus tard, les osselets sortent, et j'ai ainsi reçu
ant le marteau et l'étrier entraînés par le pus. Ailleurs il sort des
, et le stylet introduit dans l'oreille constate la perforation du tympan
crose des parois de la caisse.

Dans quelques cas le pus sort par le conduit auditif dont l'orifice est rouge, excorié, fongueux et douloureux, ou bien il se fait un chemin derrière l'oreille dans les cellules mastoïdiennes. Alors un abcès s'établit, s'ouvre à la peau formant une fistule qui a beaucoup de peine à se fermer.

Cet état entraîne une surdité complète et définitive ; il dure indéfiniment. On le voit guérir, mais chez quelques enfants il entraîne une hémiplégie faciale, due à l'altération du nerf facial ou une inflammation des méninges promptement mortelle. La méningite est alors le résultat de la propagation de l'ostéite aux méninges.

Quand l'otite aiguë est très douloureuse elle peut être traitée par une saignée derrière l'oreille affectée qu'on laissera peu couler, et par des boulettes de coton imbibées de laudanum ou de baume tranquille laudanisé placées dans le conduit auditif. En même temps on met une ou deux gouttes de laudanum sur du sucre qu'on fait avaler à l'enfant. — Au moment de la suppuration on fait des injections avec la décoction de guimauve, de graine de lin, de quinquina, de feuilles de noyer, etc. On peut aussi employer dans ce but la solution de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre et d'acétate de plomb.

L'otite chronique et l'otorrhée doivent être traitées intérieurement par l'iodure du potassium, par l'huile de foie de morue, par le sirop antisyphilitique, par le sirop de quinquina, par le sirop de feuilles de noyer et le sirop d'arséniate de soude que j'ai fait connaître, et extérieurement par des injections mucilagineuses, ou astringentes. Ces dernières sont de beaucoup plus utiles, et il faut se servir de la décoction de racine de fraisier, de rose de Provins, de feuilles de noyer, etc.

James Yearsley (1) a proposé un moyen fort simple et qui mérite d'être essayé. — Ce chirurgien conseille l'emploi méthodique et renouvelé chaque vingt-quatre heures de coton sec dans le conduit auditif sur la surface sécrétante, absolument comme on fait le pansement d'un ulcère extérieur. — Les malades ne doivent pas manger d'aliments solides autres que des potages, des purées et des liquides. Ils ne doivent parler que du bout des lèvres afin de ne pas remuer la mâchoire inférieure dont les mouvements pourraient déplacer le coton sec mis dans l'oreille. A l'aide de ce traitement continué pendant trois semaines, M. Yearsley a guéri plusieurs otorrhées avec surdité complète. Il est vrai que c'était chez l'adulte et qu'il n'en sera peut-être pas de même chez les enfants à cause de leur indocilité.

Aphorismes.

327. Une douleur subite de l'oreille suivie d'écoulement auriculaire annonce l'otite aiguë.

328. L'écoulement de pus par le conduit auditif excorié et l'affaiblissement de l'ouïe annoncent l'otite chronique et l'otorrhée.

329. Des osselets ou des fragments d'os expulsés avec le pus par le conduit

(1) *The Lancet*, 1854.

annoncent l'otite interne, la perforation du tympan, la scarie des parois
isse et une surdité incurable.

Les maladies aiguës laissent après elles un état humoral qui favorise
ap l'apparition de l'otite et de l'otorrhée.

Les corps étrangers introduits dans l'oreille et les insectes ou larves
es développés dans le conduit auditif donnent toujours lieu à une otite
rave.

On voit quelquefois l'otite interne et la surdité succéder à la tuber-
ion du rocher.

. Une méningite qui survient dans le cours d'une otite interne est le
it de la propagation du mal de l'oreille aux membranes du cerveau.

. Des convulsions intermittentes et la paralysie passagère dans l'otite
par un corps étranger ou un insecte dans l'oreille sont des accidents
thiques.

. L'hémiplégie faciale survenant dans le cours d'une otite est un phé-
ne symptomatique d'une maladie du rocher et de la désorganisation du
cial.

. Extraire les corps étrangers de l'oreille, faire des injections astringentes
inistrer à l'intérieur de l'iodure de potassium, de l'arséniate de soude,
uile de foie de morue, tels sont les moyens curatifs de l'otite.

CHAPITRE II.

CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE.

s'évertue quelquefois longtemps avec des pinces pour extraire les corps
ers de l'oreille, introduits accidentellement. Un des meilleurs moyens,
'injection d'eau tiède dans le conduit auditif.

petits points secs, les haricots, les pois d'iris, etc., sont ceux que l'on
ntre le plus ordinairement engagés dans ces conduits. Quand leur intro-
n est récente, leur extraction de l'oreille est assez facile, soit en lançant
'oreille un jet d'eau continu et assez fort, soit à l'aide de la curette de
(de Cassis) ou de l'instrument si ingénieux et à bascule imaginé par
roy (d'Étiolles), pour extraire les calculs du canal de l'urèthre, soit enfin
es pinces à polype de l'oreille imaginées par M. Bonnafont. Mais, lors-
corps étranger est de nature à absorber et à se gonfler sous l'influence
umidité qui l'environne, et qu'il a acquis assez de volume pour compri-
t même pour irriter les parois du conduit, tous les moyens précités
ment insuffisants. C'est alors que les difficultés commencent pour le
ien, car l'introduction de tout instrument qui doit toucher les conduits
cessivement douloureuse.

présence de ces difficultés, M. Bonnafont a imaginé un instrument tire-
à larges chasses, monté sur un manche droit. Supposez qu'un petit pois
etenu depuis deux ou trois jours et plus dans le conduit auditif, dont

les parois gonflées et irritées empêchent tout instrument de s'introduire entre elles et le corps étranger; il n'y a pas d'autre moyen alors que d'attendre que le corps soit ramolli et tombe en fragments, entraîné par la suppuration qu'il aura provoquée. Mais déjà des désordres plus ou moins graves qu'il aura été impossible de prévenir, auront pu avoir lieu du côté de l'oreille. Désormais tous ces accidents pourront être empêchés à l'aide de ce petit instrument, et voici comment :

Dès que le conduit auditif est dilaté par le *speculum auris* et suffisamment éclairé, on dirige le tire-fond directement sur le corps étranger, en ayant soin de ménager les parois du conduit. Une fois qu'il touche le corps, on l'enfonce comme dans un bouchon; et lorsqu'il est suffisamment engagé, on tire à soi pour tâcher d'en opérer l'extraction. Si le corps étranger ne comprime pas trop les parois du conduit, il obéira à ce mouvement, et l'extraction deviendra facile; dans le cas contraire, il se brisera, et dès lors, il faudra recommencer l'opération, jusqu'à ce que les fragments soient assez nombreux pour qu'on puisse les extraire, soit avec des pinces, et mieux avec une injection liquide lancée avec un peu de force.

Une chose importante, dans l'emploi de cet instrument, consiste à s'assurer de la position du corps étranger dans le conduit et surtout de sa résistance dans la membrane du tympan, afin qu'on n'aille pas la toucher avec la pointe de la vrille.

Ce petit instrument est surtout précieux pour enlever les bouchons de toute sorte qui se forment dans les conduits auditifs, et dont la dureté et l'imperméabilité rendent leur extraction rebelle à tout autre moyen.

LIVRE XXII.

DES MALADIES DES OS.

CHAPITRE PREMIER.

DU RACHITISME.

Le *rachitisme* est une maladie générale du système osseux, caractérisée par la raréfaction et le ramollissement des os et des cartilages, d'où résultent un très grand nombre de déformations du squelette.

Quelques médecins l'appellent *ostéoporose;* d'autres la réunissent avec l'*ostéomalacie*, sous la même dénomination. C'est une maladie dont la connaissance est due aux travaux du célèbre Glisson, en 1647, puis aux travaux de Haller, de Boerhaave, de Van Swieten, de Duverney, de Portal, de Boyer, de Dugès, de MM. Rufz, J. Guérin, Ed. Beylard (1), Stanski, et de mon col-

(1) *Du rachitisme, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie.* Thèse, Paris, 1852.

M. Broca (1), qui a publié de nouveaux faits importants d'anatomie gique.

is de l'avis de Boyer : le rachitisme et l'ostéomalacie sont une seule e maladie des os modifiée par l'âge des sujets. Pour moi, le rachitisme éomalacie de l'enfance.

Causes.

chitisme se développe quelquefois chez le fœtus encore dans le sein de lors même que la santé de celle-ci ne paraît pas être altérée. Les d'anatomie pathologique renferment plusieurs squelettes de ces enfants ues de naissance. Hemmering, Weber, Otto, Pinel en ont publié des s. MM. Soutan (2), Depaul, Lecadre (3), en ont fait connaître quel- res. Toutefois ce rachitisme *congénial* est rare, et il diffère du rachi- e la première enfance, sous ce rapport que le ramollissement des os artilages dans le sein de la mère, est dû à l'absence de dépôt des s calcaires, tandis que dans le rachitisme ordinaire, non-seulement se existe, mais il y a aussi disparition par les urines et par les sécré- s substances salines déjà formées et déposées dans les os.

chitisme est surtout une maladie de la première enfance, qui se montre inairement entre le troisième et le quinzième mois, et qui est produite éral par le mauvais régime, la mauvaise alimentation, l'habitation dans x froids, humides, privés de lumière, et dans le cours de toutes les es de longue durée. Ainsi on l'observe surtout chez les enfants des s qui sont sevrés de bonne heure, et qui sont, avant l'âge convenable, a table de la famille pour être nourris de soupes indigestes, de potages, ames mal préparés, de viandes noires, etc. Ces aliments sont bons, mais qu'ils viennent en temps opportun. Le jeune enfant doit teter jusqu'à et dix-huit mois, et à partir du sixième on peut lui donner des potages s et du lait de vache; avec cette nourriture, du grand air et du soleil, eviendra pas rachitique.

e faut donner aux enfants d'aliments azotés que dans le cours de la me année; encore faut-il savoir les combiner avec du laitage, qui doit la base indispensable de la nourriture dans les deux premières années istence.

expériences de Chossat prouvent, en effet, que le sang chargé des ts nécessaires à la nutrition des parties molles, mais privé de matières iques, amène l'atrophie et le ramollissement du tissu osseux. — Ce ogiste nourrissait de jeunes pigeons avec des substances privées de

echerches sur quelques points de l'anatomie pathologique du rachitisme (*Bul- la Société anatomique*. Paris, 1852). — Lebert, *Traité d'anatomie patholo- énérale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, p. 509, 585, pl. CLXVIII, CLXIX.

achitide congenitali. Heidelberg, 1844.

e, 1856.

sels calcaires, et, bien que ces animaux engraissassent pendant quelque temps, leur squelette subissait une atrophie considérable (1).

Le rachitisme se développe ordinairement dans la convalescence des maladies aiguës ou pendant le cours des maladies chroniques, lorsque la nutrition a été profondément modifiée. C'est une maladie des pays froids et humides; elle se développe surtout en Hollande, en Angleterre et dans le nord de la France. Comme l'humidité et le froid sont assez en rapport avec l'absence de soleil, on peut dire aussi que l'affection qui nous occupe se développe de préférence chez les sujets qui sont rarement exposés à l'influence de la lumière solaire.

M. Guérin s'est beaucoup occupé de l'étiologie du rachitisme, et il a fait des expériences sur de jeunes chiens dans le but de prouver que la nourriture trop succulente, et en particulier l'usage des viandes, pouvait déterminer cette maladie. Il a placé dans une chambre obscure de jeunes chiens âgés d'un mois et sevrés; il les a nourris avec une pâtée de pain et de viande, et au bout de deux ou trois mois ils étaient rachitiques après avoir eu de la diarrhée chronique. D'autres chiens de la même portée soumis au même régime et courant dans un parc, ont également été pris de diarrhée puis de rachitisme, d'où il résulte qu'un régime animal exclusif détermine l'inflammation chronique des voies digestives et consécutivement l'altération rachitique des os.

Le docteur Kuttner a cherché à préciser mieux qu'on ne l'avait fait jusque-là, les causes de cette maladie, et c'est à l'hôpital des Enfants de Dresde qu'il a fait cette statistique. Comme on le verra, elle confirme tout ce que j'ai dit précédemment, mais sans approfondir certains points en litige, et elle n'ajoute rien à ce que l'on sait. Sur 9000 enfants présentés à l'hôpital des Enfants en vingt ans, 1654 étaient rachitiques, ou l'avaient été et en portaient encore les traces; ainsi presque un cinquième. En déduisant des 9000 les enfants au-dessous d'un an, n'ayant par conséquent pas atteint l'âge de développement de cette maladie, la proportion descend à peu près à un quart. Il est difficile de trouver les causes de cette extension énorme; Dresde est bien situé, ses quartiers sales ne sont pas plus malsains que ceux de toutes les autres grandes villes, la nourriture des habitants n'a rien de particulier, il en est de même de la manière de vivre, des occupations, etc.

C'est donc dans les conditions générales et dans la constitution délabrée de la classe pauvre, qu'il faut chercher les raisons de la fréquence du rachitisme. Cette maladie n'est plus comme dans le temps un apanage prédominant des classes aisées; elle est devenue une des plaies des couches inférieures de la population; chez les premières, il est rare que tous les enfants en soient pris, tandis que c'est l'ordinaire chez les autres.

Chose remarquable; sur les 1654 enfants rachitiques, 198 avaient pour pères des cordonniers, et 162 des tailleurs: ces deux métiers ont fourni le quart des malades.

(1) Chossat, *Exp. sur la formation des os* (*Académie des sciences*, mars 1842, et *Archives*, 3e série, t. XIII, p. 504).

Le *sexe* n'exerce pas d'influence notable; il y avait 814 garçons et 340 filles.

Les *jumeaux* et les *enfants venus avant terme* étaient remarquablement nombreux.

Age. — La maladie était répartie dans les âges suivants :

Au-dessous de 6 mois.....	18	= 14	garçons,	4	filles.
Entre 6 et 9 mois.....	49	31	—	18	—
Entre 9 mois et un an.....	120	67	—	53	—
Entre 1 an et 1 an 1/2.....	358	193	—	165	—
Entre 1 an 1/2 et 2 ans.....	337	161	—	186	—
Entre 2 et 3 ans.....	449	215	—	234	—
Entre 3 et 4 ans.....	178	81	—	97	—
Entre 4 et 5 ans.....	72	28	—	44	—
Entre 5 et 6 ans.....	24	13	—	11	—
Au-dessus de 6 ans.....	49	21	—	28	—

Le plus jeune enfant avait neuf semaines. C'est le dernier trimestre de la première année jusqu'à la fin de la quatrième année qui est l'époque la plus féconde; elle fournit les 7/8e, et c'est surtout la seconde année qui en donne le plus. Or, c'est à l'époque de la dentition et d'un développement plus considérable du système osseux. Enfin, il résulte de ce tableau que le rachitisme se montre plutôt chez les garçons que chez les filles.

Nourriture. — On a accusé tour à tour l'absence de l'allaitement naturel; son insuffisance, sa brièveté ou sa longueur, une qualité grasse ou acide du lait, enfin sa pauvreté en phosphate de chaux. Voyons ce que disent les chiffres :

Sur 1297 rachitiques sur lesquels on a pu avoir des renseignements précis, 211 ont été allaités artificiellement, et 1086 ont pris le sein. De ces derniers,

176 l'ont pris au plus pendant 3 mois;
181 — — 6 mois;
179 — — 9 mois;
247 — — 1 an;
208 l'ont pris plus d'un an, et chez
95 les dates font défaut.

Ces données ont une grande importance pour l'étiologie du rachitisme. On voit que pas même 1/6e de ces enfants n'ont été nourris artificiellement. Si l'on partage les autres en trois groupes, le premier comprenant ceux qui ont été allaités de quelques semaines à trois mois, c'est-à-dire un temps trop court; le second, de six à neuf mois, temps moyen de l'allaitement; et le troisième ayant dépassé ce terme parfois jusque dans la seconde année, on obtient, en ajoutant au premier groupe ceux qui n'ont pas été allaités du tout les résultats suivants :

387 n'ont pas été allaités, ou l'ont été un temps trop court:
360 ont joui d'un allaitement normal;
455 ont pris le sein longtemps et même trop longtemps.

r point de comparaison une série de 400 enfants de deux ans e[illegible] ait exempts de manifestations rachitiques. Sur ce nombre,

38 n'ont pas été allaités;
35 l'ont été au plus pendant 3 mois;
36 — — 6 mois;
68 — — 9 mois;
123 — — 1 an;
100 ont pris le sein au delà de 1 an, plusieurs jusqu'à 2 ans.

En calculant la p[illegible] pour 100 de ces deux tableaux, on trouve pour résultat :

	Non rachitiques.	Rachitiques.
[illegible]s	9,50	17,58
[illegible] mois	8,75	14,75
[illegible] mois	9,00	15,08
9 mois	17,00	14,91
1 an	30,70	20,58
[illegible]us de 1 an	25,00	17,33

E[illegible]sant comparativement dans les trois groupes indiqués :

	Non rachitiques.	Rachitiques.
Non allaités, ou allaités trop peu de temps.	18,25	32,25
Allaitement moyen	26,00	30,00
— prolongé	55,00	37,68

Il résulte de cette comparaison que le rachitisme est remarquablement plus fréquent parmi les enfants non soumis à l'allaitement, ou allaités trop peu de temps ; et d'un autre côté que la durée de l'allaitement est sans influence bien marquée sur la production de cette maladie. Enfin, on pourrait en conclure que la cause du rachitis est moins dans la nature de la première nourriture de l'enfant, que dans la provenance de ce dernier, et qu'un allaitement insuffisant peut en développer le germe, tandis que l'allaitement même prolongé ne saurait le détruire.

Malheureusement, la statistique n'a pu apprendre quelle a été la nourriture donnée à ces enfants, même avec le sein maternel ; il faut cependant observer que celle des basses classes à Dresde (comme presque partout) est trop exclusivement végétale, et que ces enfants sont bourrés de bonne heure de pain, de pommes de terre, etc. Enfin, M. Kuttner en accuse encore le nouet qu'on leur fourre constamment dans la bouche.

Vaccination. — La vaccine a été accusée, entre autres, de donner naissance aux scrofules et au rachitis. Or, sur 1285 enfants rachitiques, 759 n'avaient pas encore été vaccinés, 491 l'avaient été et 35 avaient eu la variole.

Saisons. — Elles exercent une grande influence sur la manifestation de la maladie. L'entrée à l'hôpital pendant cette période de vingt ans se répartissait de la manière suivante :

r.....	91	Juillet.....	126
r.....	135	Août.....	100
.....	177	Septembre.....	74
...●.....	206	Octobre.....	54
.....	189	Novembre.....	54
.....	154	Décembre.....	43

ité une augmentation croissante depuis janvier jusqu'en avril, roissance, d'abord lente, puis rapide. On peut en déduire que r sont plus pernicieux que les mois d'été, et que ces derniers ıfluence favorable. Si l'accroissement ne commence qu'en jan- diminution en septembre, c'est que, dans le premier cas, euse des mois d'automne et de commencement d'hiver, et, l'action curative de l'été, ont exigé quelque temps pour pro- ıtion ou la diminution. En hiver, les enfants éprouvent l'in- ımière moindre et du froid ; ils ne sortent pas, sont confinés res où l'air ne se renouvelle pas, sont moins souvent lavés et ırris (1).

Anatomie pathologique.

ıce des causes dont je viens de parler, la nutrition du tissu ıgineux s'arrête, les sels n'arrivent plus dans les os, ceux qui isparaissent emportés par la circulation générale, et il résulte de texture fort curieuses sont différentes au com- milieu et à la fin du ra-

RIODE. — Cette période, e l'invasion de la ma- appelée *période de ra- s.*

ticulièrement les os longs, onflement assez considé- ıns les parties spongieuses es de leurs extrémités, ılgaire de *nouure* donné

ıt est moins considérable se ; il est également bien s plats, mais il faut pour die soit ancienne et très

upe ces os en travers ngueur, ce qui est très leur ramollissement, on trouve toutes les cellules du tissu

Fig. 37. Fig. 38.

(1) *Kinderkrankh*, nos 7 et 8.

spongieux, dilatées et remplies par un liquide gélatineux, sanguinolent, d'un rouge noirâtre, facile à enlever avec de l'eau. Dans le corps de l'os, là où le tissu de l'os est le plus compacte, ce qu'on appelle dilatation des cellules n'est autre chose que l'écartement des lamelles osseuses qui forment le tissu osseux de la diaphyse, de telle sorte que l'os, en cet endroit, ressemble assez à un morceau de jonc desséché, coupé dans sa longueur ; son tissu est raréfié.

Fig. 39.

Une bouillie sanguinolente d'une nature semblable à celle dont je viens de parler se trouve souvent entre l'os et son périoste interne ou externe, qui est toujours épaissi. Le canal médullaire est plus ou moins rétréci, et la substance médullaire elle-même est infiltrée par le sang ; elle présente une couleur plus foncée que de coutume.

Deuxième période. — *Période de déformation des os.* — C'est dans cette deuxième période que la déformation des os est surtout apparente ; on y peut étudier leur gonflement et leur courbure, qui est le prélude des difformités rachitiques.

Les os sont très gonflés, surtout à leurs extrémités, là où le tissu spongieux est très abondant. Ce gonflement est accompagné d'altérations moléculaires faciles à reconnaître. Celles du cartilage épiphysaire ont été bien étudiées tout récemment par M. Broca. Elles se révèlent par la présence d'une zone demi-transparente plus large que celle de l'état normal, formée elle-même de deux ou trois zones secondaires juxtaposées, placées entre l'épiphyse et la diaphyse. Ainsi, en allant de la surface articulaire vers la diaphyse, on trouve d'abord la couche cartilagineuse normale A, B (*fig.* 39) qui est blanche, résistante et assez dure ; une zone bleuâtre, demi-transparente, dite *chondroïde*, beaucoup plus molle, couverte de stries longitudinales bleuâtres, entre lesquelles se trouve une substance d'un jaune rosé, très élastique et criblée de petits trous C, D (*fig.* 39) ; une zone *spongoïde* A (*fig.* 40), élastique, rougeâtre, réticulaire, semblable à une éponge fine, criblée de petits

onds, très petits, presque microscopiques, et sur laquelle on voit des ongitudinales fibreuses ; une couche spongieuse de tissu osseux raréfié le tissu spongieux primitif de l'os dont les cellules sont très dilatées. diant ces altérations à l'aide du microscope, à un grossissement de is, on voit que les cavités normales du cartilage avec les noyaux s de $0^m,005$ à $0^m,008$ sans apparence de membrane cellulaire 1) sont élargies 2 (*fig.* 39), et se réunissent les unes aux autres, de e à former des cavités longitudinales 3, 4, 5 (*fig.* 39), séparées les es autres par des bandes de tissu fibreux 1 (*fig.* 40), 1 (*fig.* 41). Les

Fig. 40.

Fig. 41.

x cartilagineux se modifient, s'allongent, changent de forme 3 (*fig.* 39), ntourent de cellules ; d'abord arrondies, elles s'aplatissent transversale- et se pressent les unes contre les autres en quantité considérable. A e qu'elles se pressent et s'aplatissent, elles dilatent les cavités qui les ment et restent ainsi au milieu d'un tissu fibreux presque entièrement rvu de matières salines A, B (*fig.* 40), et ne faisant presque plus vescence avec l'acide nitrique.

tissu osseux voisin est également ramolli et tuméfié. Ce gonflement que par l'arrêt d'ossification, et la raréfaction du tissu osseux qui résulte erte des sels calcaires et de la dilatation des cellules intérieures de l'os. liquide qui infiltre ces cellules perd sa couleur noire et sa fluidité ; il est tre et prend une consistance gélatineuse, demi-transparente ; il adhère ent à la surface de l'os et à l'intérieur des cellules.

Sa présence détermine la compression, le refoulement, et en grande partie la destruction des lamelles osseuses. Les parties résistantes de l'os diminuent chaque jour; elles sont remplacées par cette masse molle gélatiniforme. Alors l'os n'offre plus de résistance, et l'on peut le courber à volonté par le moindre effort.

Cette matière est très inégalement répandue sous le périoste; elle est très abondante au niveau de la concavité des os, et très rare au contraire vers la convexité; il semble que la tension du périoste sur leur convexité soit un obstacle à sa présence, et la fasse au contraire s'accumuler vers leurs parties concaves.

Le canal médullaire s'élargit aux dépens du tissu spongieux des extrémités qui disparaît; plus large à ses deux bouts, et prolongé dans toute la diaphyse, il ressemble un peu au sablier. Il se produit parfois, dit M. Broca, un phénomène curieux. Certaines lamelles osseuses sont résorbées plus tôt que les autres dans le mouvement de composition et de décomposition des tissus, et il peut se faire que cette résorption circonscrive complétement quelques parcelles osseuses, lesquelles sont ainsi isolées de toutes leurs connexions, et constituent de petits séquestres libres au sein de la substance de la moelle. M. J. Guérin a signalé le fait sur les lamelles du tissu spongieux, et l'a vu sur les tissus osseux de la diaphyse, du tibia et de l'humérus. Sur ces os, la lamelle la plus interne du tissu compacte de la diaphyse était détachée dans une grande étendue, et formait dans l'humérus un séquestre lamelliforme de 3 centimètres sur 0,06, et dans le tibia un séquestre tubuliforme long de 4 centimètres. Le séquestre de l'humérus était libre, et celui de l'humérus encore adhérent par quelques filaments flexibles qui paraissaient devoir bientôt se rompre. Ces séquestres étaient flexibles et presque entièrement privés de sels calcaires; leur structure était celle du tissu osseux, mais tout y était plus transparent qu'à l'état normal.

TROISIÈME PÉRIODE. *Période d'éburnation des os.* — Les modifications de l'os sont toutes différentes, suivant que la maladie se termine convenablement par la consolidation des os ramollis, ou, au contraire, suivant que la maladie amène une désorganisation complète du tissu osseux.

Dans le premier cas, l'infiltration plastique des cellules de l'os se transforme en tissu compacte, et s'ossifie lentement; il se forme dans le canal médullaire, dans le tissu de l'os et à son extérieur, un os nouveau qui remplace celui qui a été altéré, et qui prend peu à peu la forme naturelle de l'os détruit. Ce tissu ossifié, plus lourd que le tissu osseux normal, est d'autant plus dense qu'il est plus ancien; il est blanc et nacré, très compacte, et il ressemble à de l'ivoire; d'où le nom d'*éburnation* donné à cette période de la maladie.

La consolidation des os ramollis ne s'opère pas toujours; il arrive que le tissu spongoïde de nouvelle formation, après avoir écarté ou détruit les lamelles osseuses qui donnaient au vieil os toute sa consistance, reste lui-même souple et sans résistance, et ne présente aucun travail intérieur qui

aire croire à son ossification. C'est ce que M. J. Guérin a appelé *con-n rachitique des os.*

ne on le voit, dans le rachitisme, le tissu osseux est profondément amolli et raréfié. *L'infiltration des os par les substances calcaires ne e pas*, et les liquides épanchés sont entièrement dépourvus de ces ma-

Les analyses chimiques sont d'ailleurs venues confirmer ces résultats, n a trouvé sur les os rachitiques, comparés aux os ordinaires, des diffé-mmenses dans les quantités des sels qu'ils contiennent, et notamment uantité du phosphate de chaux. Les os malades ne renferment qu'un poids des substances calcaires qu'ils devraient contenir, et les deux ers sont formés de matières animales. Dans l'état physiologique, il y traire, une partie de matières animales pour deux de substances ter C'est là du moins la proportion qui est indiquée par M. Berzelius.

hitisme n'a d'action que sur les os. Les dents, dont l'organisation est férente, ne participent pas au ramollissement général des os du sque-es tombent quelquefois, mais leur chute est le résultat des modifica-venues dans les os maxillaires. Leur structure n'est jamais altérée par ie. Il n'y a que leur sortie des alvéoles qui se trouve retardée.

Symptômes.

difficile de connaître l'époque précise de l'invasion du rachitisme. aladie se développe d'une façon latente dans le cours de quelques affec-aves des organes respiratoires ou digestifs, chez des enfants bien por-ailleurs, mais assez mal nourris et placés dans de mauvaises conditions ques. Dans cette *première période* du rachitisme *latent*, dans laquelle plit ce que j'ai appelé la raréfaction des os, il n'y a pas de symptômes nt appréciables, l'altération n'apparaît que lentement, et elle ne mani-présence que lorsqu'elle est arrivée à la deuxième période. C'est alors nt qu'on peut la reconnaître.

enfants paraissent tristes et abattus ; ils ont de la peine à se mouvoir, rent rester assis ou couchés, ce qu'ils témoignent par leurs cris lors-e sont pas en état d'exprimer leurs sensations à l'aide de la parole. Ils t beaucoup des os, et ils crient lorsqu'on les touche et lorsqu'on les Ils souffrent même quand on ne les touche pas, principalement au de la nuit. Ils ont souvent des accès de fièvre, et ils transpirent avec p de facilité. Leur face est pâle, la peau devient jaune, terreuse, l'ap-perd, les digestions se troublent, la diarrhée s'établit, et les urines déposer par le refroidissement un dépôt calcaire abondant.

symptômes persistent quelquefois pendant fort longtemps, et l'on ne vent à quelle affection les rapporter. Leur origine se découvre enfin au bout de quelques semaines, la déformation des membres devient te. C'est alors que les douleurs nocturnes, ou provoquées par le ent, sont le plus vives, et font davantage crier les enfants.

La forme des os des jambes, des cuisses, de la tête, des bras, de la colonne vertébrale et des côtes se modifie successivement. Aux membres inférieurs les épiphyses des os longs se gonflent et offrent des espèces de nodosités; les jointures sont volumineuses, c'est ce qui a fait dire que les enfants se noueraient. La diaphyse de l'os se courbe à son tour et les membres se tordent. Les tibias

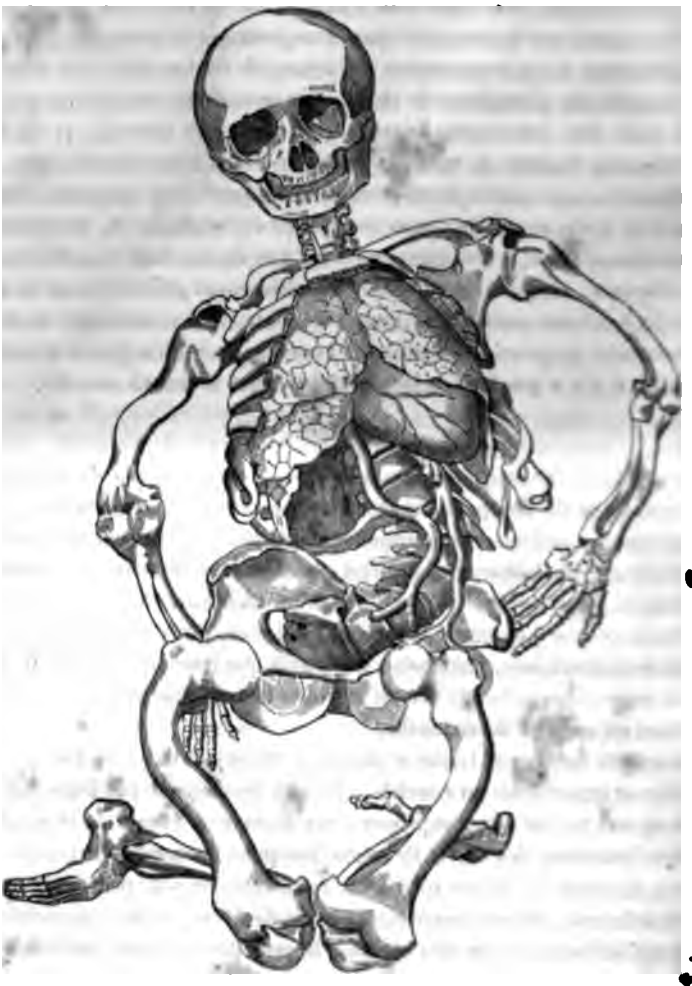


Fig. 42.

et les fémurs sont les premiers os déformés. Le tibia est ordinairement courbé de manière à présenter une convexité en avant et en dehors. La courbure du fémur est à peu près semblable. Ces déformations n'ont rien d'absolu, et elles sont souvent modifiées. Nous venons d'indiquer celles qui sont les plus fréquentes, et que l'on peut expliquer par la contraction musculaire; quant

aux autres, elles sont assez bizarres et souvent inexplicables. Ainsi, chez quelques enfants, les genoux sont très rapprochés et les jambes fortement jetées en dehors, de sorte qu'ils marchent en chevauchant et en appuyant sur le bord interne du tarse; chez d'autres, les genoux sont au contraire très écartés, et les pieds ont la plus grande peine à se mouvoir pour trouver sur le sol un point d'appui convenable.

Les os longs des membres supérieurs se courbent avec la même facilité. Le bras étant étendu, le cubitus et le radius sont courbés de manière à faire une saillie en dehors. L'humérus est moins souvent affecté que les autres os.

Les vertèbres sont également ramollies, il en résulte des déformations plus ou moins considérables de la colonne vertébrale. Ces déformations ne s'établissent pas chez tous les enfants rachitiques. On observe assez communément une incurvation antérieure avec saillie des apophyses épineuses lombaires. Quant aux incurvations latérales en plusieurs sens, elles sont infiniment plus rares.

Les côtes subissent une déformation toute spéciale. A leur réunion avec les cartilages du sternum, existe un gonflement cartilagineux appréciable à l'œil sous la peau et infiniment plus prononcé du côté de la séreuse, ce qui forme cette série de nœuds superposés connue sous le nom de *chapelet rachitique*. Elles semblent brisées en deux endroits par suite de la dépression de leur partie moyenne. Leur courbure postérieure est augmentée et anguleuse; elles se redressent ensuite et se courbent une seconde fois, à angle assez prononcé vers la partie antérieure, près de l'endroit de réunion avec les cartilages costaux. La poitrine alors est déprimée sur ses parties latérales, quelquefois creusée en gouttière, et le sternum est porté en avant. Il en résulte une diminution considérable du diamètre transversal de la poitrine, circonstance très grave pour l'avenir, et d'où résulte la prédisposition aux affections du cœur et des poumons.

Le bassin est soumis à la loi générale du ramollissement des os, et lorsque le rachitisme est bien caractérisé, il se déforme de la manière la plus irrégulière, soit d'avant en arrière, soit latéralement, ou enfin dans son diamètre oblique. Cette déformation a une grande importance chez les filles à cause des fonctions ultérieures de l'utérus. Il faut en prévenir les parents, qui ne doivent pas ignorer l'existence d'une pareille difformité, l'un des plus grands obstacles à la parturition. Il est vrai, du moins en général, que ces déformations ne se rencontrent que chez des rachitiques si difformes, dont les membres sont tellement contournés, qu'ils ont de grandes chances pour ne pas contracter le mariage; mais elles se rencontrent ainsi chez des rachitiques qui n'ont présenté qu'une légère modification des os longs, et qui, en toilette, ne présentent aucune difformité. Pour ceux-là, il faut examiner avec soin l'état de leur bassin, et déclarer cette viciation de forme, afin de ne pas exposer les femmes à un mariage, qui serait pour elles, en cas d'accouchement, la source des plus grands dangers et même de la mort.

e et les os plats, l'omoplate par exemple, sont quelquefois
ırement, le siége de la déformation rachitique.
très volumineuse et irrégulière ; elle ressemble quelquefois
enta s hydrocéphales ; les fontanelles ne se réunissent pas et le
prend quelquefois un volume énorme.

La ation de l'omoplate est assez grave ; car, au moment de la guérison du ra é, la consolidation arrête d'une manière définitive la forme de ces os, et il en résulte de grandes difficultés pour les mouvements du bras.

Les mâchoires cessent de se développer et les arcades dentaires, modifiées dans leur disposition organique, ne se laissent plus écarter comme de coutume par les dents prêtes à sortir. Il en résulte alors un retard plus ou moins prolongé à la sortie des tère suffit presque pour faire deviner l'existence du rach

Telles sont l diffo l'on rencontre chez les enfants atteints de r à la sec e. Il faut dire cependant qu'elles ne se produ pas toutes, ni ans la majorité des cas même, le ramollisseme ues os n'est p ne porte que sur les membres, et de préférence sur les membr n voit souvent des sujets qui ont les jambes déformées, soit par s nflement des extrémités articulaires, soit par la courbure des os, 'ont pas pour le moment d'autre difformité. Si à cette période on s'oc la maladie, on peut la guérir, et l'on voit les membres reprendre leur forme et leur rectitude naturelle.

Parmi les symptômes généraux qui accompagnent la période de déformation du rachitisme dont je viens de parler, il en est quelques-uns qu'il est nécessaire d'étudier avec soin, car ils sont d'une importance extrême dans le diagnostic de la maladie.

Les enfants, ai-je dit, sont pâles ; leur teint est jaunâtre, blafard ; ils semblent étiolés. Leur appétit est perdu ; ils vomissent quelquefois, ils ont souvent la diarrhée, et leur ventre est énorme et fréquemment douloureux, ce qui fait souvent croire à l'existence du *carreau*. Leurs cheveux même sont malades ; et ces parties auxquelles on refuse la vie, se développent mal, leur nutrition souffre, est profondément altérée, ils perdent leur brillant, leur épaisseur, la plupart tombent naturellement, et ceux qui restent sont pâles, lanugineux, comme de la mauvaise laine de brebis.

Les jointures sont volumineuses, *nouées*, comme on le dit, et la dentition offre de grands retards et de nombreuses irrégularités.

Les fontanelles restent ouvertes, sur une tête volumineuse ayant l'apparence d'un crâne d'hydrocéphale. C'est surtout la fontanelle antérieure qui reste très large et qui met longtemps à se fermer. A cet endroit on entend un bruit de souffle plus ou moins marqué, intermittent, que MM. Fisher (de Boston) et Whiteney ont fait connaître. C'était pour ces auteurs un symptôme de maladie du cerveau et des méninges caractérisant l'hydrocéphalie chronique. Ils se sont trompés dans leur interprétation d'après le volume de la

: qu'ils ont considéré comme des cas d'hydrocéphalie, n'étaient que
mples de rachitisme, par conséquent le souffle encéphalique qu'ils ont
é à la première de ces maladies, doit être attribué à la seconde.
illiet et Barthez ont voulu rectifier l'erreur de M. Fisher, mais ils se
ompés eux-mêmes, car si dans les cas de rachitisme on observe le
encéphalique de la fontanelle antérieure, ce bruit existe aussi chez des
sains et vigoureux de deux à cinq ans et n'ayant ni rachitisme ni

uit de souffle de la fontanelle antérieure est un phénomène normal chez
ts dont la tension cardiaque est très forte. Il est intermittent, coïn-
c la systole du cœur et la diastole artérielle. Il existe au sommet de la
correspond au sinus longitudinal supérieur. MM. Fisher, Whiteney,
t Barthez, Hennig en mettent le siége dans les artères du cerveau. C'est
e de physique. Ce bruit, comme la plupart des bruits vasculaires, résulte
age du sang d'une partie étroite dans un espace plus large, ou si l'on
s vibrations de la colonne sanguine artérielle qui arrive dans la grande
u sinus longitudinal en déterminant ce que les physiciens appellent
ne fluide. C'est un bruit veineux, et comme la condition physique de
ction est normale, indépendante de la maladie, on l'observe de préfé-
insi que l'a établi le docteur Wirthgen, sur des enfants forts et vigou-
e médecin l'a constaté 22 fois sur 52 enfants de trois mois à cinq ans,
eulement étaient malades. Il est variable, et peut cesser momentané-
'être entendu, ce qui est en rapport avec l'inégalité de force des
ions cardiaques. La forte tension de cet organe favorise sa production,
e de se faire entendre dès que les parois du crâne épaissies, fermant
elle, empêchent les vibrations de se transmettre au dehors.
umé, le souffle encéphalique n'a pas de signification absolue pour le dia-
u rachitisme, de l'hydrocéphalie, ni d'aucun état morbide de l'enfance.
fants rachitiques veulent rester en repos, assis ou couchés, à cause
uleur causée par les mouvements. J'en ai vu un continuellement
sur les genoux de sa mère, rester assis le ventre tombant sur ses
la colonne vertébrale inclinée antérieurement, au niveau des lombes,
ouvait souffrir qu'on le remuât, et poussait des cris dès qu'on voulait
er.
embres déformés sont très douloureux. Tous les enfants rachitiques
ent vivement dès qu'on examine leurs membres. La douleur est véri-
t la cause de ces plaintes. En effet, dès que la maladie est arrêtée
marche ou près de sa guérison, on peut toucher et manier les
s petits malades sans craindre de faire couler leurs larmes.
nt des os est facile à constater à travers les parties molles
ne nts rachitiques à un degré peu avancé,
ments sans élasticité, semblables
ai moi-même tordu, avec

une certaine réserve toutefois, les avant-bras et les jambes de plusieurs enfants rachitiques. Ces parties restent dans la position qu'on leur donne jusqu'à ce qu'on les remette dans leur position naturelle. Toutefois elles facilité à céder sous la pression a ses bornes. Nul doute que l'os ne finit par rompre si on le soumettait à un effort trop considérable. Lorsque la rupture lieu, elle est toujours incomplète ; les fibres de l'os sont pliées comme le sont les fibres d'un tuyau de paille humide, et il n'y a pas, à vrai dire, de solution de continuité entre elles. C'est ce qu'on appelle *fracture rachitique*.

La circonstance que j'indique ici est importante à connaître, car souvent les enfants rachitiques sont pris et enlevés, sans précaution, par les bras, ce qui détermine la fracture incomplète de l'humérus. Quand on examine le malade, on trouve une mobilité extrême de l'os, simulant la fracture ; et si l'on ne tient pas compte de l'état général du sujet, il peut arriver qu'on fasse une erreur de diagnostic, et qu'on prenne pour une fracture ordinaire ce qui n'est qu'une fracture rachitique incomplète.

Ces fractures rachitiques sont très fâcheuses quand elles occupent la continuité des membres ; car leur consolidation est très difficile et quelquefois impossible. Breschet a vu une jeune fille de treize ans chez laquelle les deux moitiés de la mâchoire inférieure n'avaient pu se souder, par suite du retard apporté à l'ossification par le rachitisme. Bonn a constaté par la dissection d'un enfant de trois ans, rachitique, mort subitement après soixante et dix jours d'une fracture de cuisse que nul travail de consolidation ne s'était accompli. A. Bérard a vu à l'hôpital des Enfants, un sujet de trois ans, mort trois mois après une fracture du fémur et chez lequel il n'y avait également aucun travail de consolidation. M. Cambessis enfin a publié cinq ou six faits de ce genre recueillis de même à l'hôpital des Enfants. C'est une loi générale de la maladie dont je m'occupe : à sa première période, elle arrête le travail de consolidation des os fracturés ; à sa troisième période, c'est-à-dire au moment de la réparation, dans la période d'éburnation, la consolidation n'est plus retardée, elle s'accomplit à peu près dans les conditions normales.

Dans quelques cas, lorsque le rachitisme a rendu tout mouvement impossible et que les enfants restent continuellement au lit, la diarrhée s'établit pour toujours, et il en résulte une anémie bientôt suivie d'état cachectique qui entraîne la mort. Chez d'autres enfants rachitiques les parties sur lesquelles repose le corps, telles que la peau du sacrum ou des trochanters s'enflamment, s'ulcèrent, et il en résulte des plaies de mauvaise nature qui ajoutent beaucoup à la gravité du mal. La fièvre hectique se déclare et les enfants succombent principalement par le fait de cet accident.

Complications.

Le rachitisme existe souvent seul comme maladie *primitive* à la suite d'un mauvais régime ou dans les cas de rachitisme congénital, mais il peut être combiné avec d'autres maladies, soit comme simple coïncidence, soit comme

e secondaire. Dans ce cas, il existe avant leur invasion ou il s'est déve- dans leur cours et comme effet nécessaire du trouble de la nutrition gé- Sous ce rapport, le rachitisme coïncide souvent avec l'entérite, avec la sie, avec les fièvres graves et avec les maladies chroniques de l'enfance. dit que le rachitisme ne s'observait jamais en même temps que plu- autres maladies ordinaires chez les enfants. Ainsi l'on a formulé entre tisme et les tubercules pulmonaires ou mésentériques la même loi d'an- ne que M. Boudin a voulu établir entre la fièvre intermittente et ces affections. Cette observation a été faite par Guersant, qui l'a publiée article sur le rachitisme et son exactitude a été soutenue par M. Rufz, rencontré à l'hôpital qu'un très petit nombre de tuberculeux chez les atteints de dégénérescence rachitique des os, tandis qu'au contraire on tuberculeuse existe chez les deux tiers des enfants qui succombent à maladies. Le fait est vrai d'une manière générale, mais je dois dire uffre quelques exceptions.

déformation du thorax par le rachitisme résulte quelquefois une dys- rès forte, causée par la compression des poumons, la gêne de la circu- hépatique, cardiaque, pulmonaire, et consécutivement l'hypertrophie du u quelques affections organiques du cœur.

Diagnostic.

st fort difficile de reconnaître le rachitisme à la première période avant rmation des membres, et il faut dire même que c'est chose impossible. ladie ne peut être reconnue que dans la seconde période, au moment où oit la dentition en retard, les fontanelles ouvertes, les jointures plus ineuses, les côtes garnies du chapelet rachitique et les membres plus ou douloureux se courber naturellement ou plier avec facilité sous la on des doigts. A ce moment, le diagnostic est certain, et nulle maladie urra être confondue avec le rachitisme. Je ne parle pas ici du diagnostic chitisme avec l'ostéomalacie, puisque je réunis ces deux affections pré- es distinctes, et que je considère le rachitisme comme l'ostéomalacie de ce.

a quelquefois considéré des *enfants rachitiques* ayant grosse tête ou entre comme étant atteints d'*hydrocéphalie chronique* ou de *carreau.* et, la tête des enfants atteints de rachitisme ressemble beaucoup à celle ydrocéphales, mais il y a dans le premier cas une déformation rachiti- es autres parties du squelette qui doit empêcher l'erreur. On a dit qu'il dans le rachitisme un bruit de souffle dans la fontanelle antérieure, ant pas dans l'hydrocéphalie chronique. Mais cette opinion se trouve tion avec les observations du docteur Fischer (de Boston) et Whi- nalé le bruit de souffle encéphalique comme un symptôme u et des méninges, ou avec celles de Wirthgen qui ne faible valeur.

Dans le carreau, le ventre est volumineux comme dans le rachitisme, et il y a souvent de la diarrhée, mais il n'y a pas d'incurvation antérieure de la colonne vertébrale, et les autres parties du squelette ne sont pas malades.

Il est une maladie qui se développe à la fin de l'enfance et chez l'adulte qu'il ne faut pas confondre avec le rachitisme, malgré les rapprochements que l'on pourrait établir entre ces deux affections, je veux parler de la déviation de l'épine dorsale, qui est la conséquence de la rétraction musculaire. Ici, on trouve également la déformation des vertèbres et l'incurvation latérale droite ou gauche de la colonne vertébrale; mais cette affection est souvent héréditaire et le rachitisme ne l'est pas; c'est une maladie locale, et le rachitisme est une affection générale; l'une est une maladie de l'enfance et l'autre une maladie des adultes; enfin, il y a dans l'une altération des os par suite de modifications survenues dans leur composition chimique, et dans l'autre la structure des os n'est pas altérée; leur forme seule change sous l'influence de la compression inégale exercée par les vertèbres les unes sur les autres.

Il n'est donc pas possible de confondre la déviation rachitique de l'épine qui est accompagnée de déviations dans les autres parties du squelette, avec l'incurvation de la colonne vertébrale qu'on dit être le résultat de la rétraction musculaire.

Pronostic.

Le pronostic du rachitisme n'est pas fort grave au début de l'affection, lorsqu'il n'y a encore que raréfaction des os; alors on a toutes chances de guérir; c'est au contraire une maladie très sérieuse lorsqu'il a produit l'état cachectique et la diarrhée chronique dont j'ai parlé, ou lorsque le ramollissement des os est général et que le squelette est en grande partie déformé; à cette période, même si l'on peut arrêter les progrès du mal, la consolidation des os s'opère dans une position vicieuse, et il en résulte des difformités horribles.

Chez les jeunes enfants, la courbure des membres, même lorsqu'elle est assez prononcée, disparaît peu après la guérison de la maladie, et les extrémités des os longs reprennent peu à peu leur volume naturel.

Lorsque le rachitisme a déterminé les difformités dont je parlais il n'y a qu'un instant, et lorsque la poitrine a été profondément modifiée dans sa forme, il en résulte une gêne si considérable pour les fonctions des poumons et du cœur, que les malades succombent tôt ou tard aux suites de l'affection de ces organes. Les maladies du cœur et des gros vaisseaux sont, parmi les affections de poitrine, les plus fréquentes chez les rachitiques.

La guérison du rachitisme sans difformité ou avec des difformités légères est la terminaison la plus fréquente lorsque la maladie est prise à son début. C'est un phénomème bien curieux que celui qui consiste à étudier les sensations d'un jeune enfant dont la station et la marche ont été interrompues par l'invasion du rachitisme, et qui est près de guérir de cette affection.

n ai observé un cas à l'hôpital Necker.

ERVATION. — L'enfant atteint de rachitisme très prononcé et que je vis perdit graduellement son apathie et son indolence ; ses membres n'étaient douloureux, et il voulait se mouvoir, quoique cela lui fût impossible. Inca- d'exprimer sa volonté par des paroles, mais suffisamment instruit pour ndre avec sa mère, il l'interrogeait du regard jusqu'à ce qu'elle lui eût é de l'aider à marcher : alors il manifestait son plaisir par des éclats de et son visage s'épanouissait d'une manière si singulière, qu'il était impos- le le regarder sans rire. Chaque fois qu'on lui adressait ces mots : Veux-tu er ? il poussait les mêmes cris ; et si on le prenait par les bras, il faisait es jambes, ce qu'il ne pouvait pas faire quelques jours auparavant à cause douleur provoquée par ces mouvements.

Traitement.

achitisme est une des maladies de l'enfance qui exige le plus d'attention part du médecin, soit qu'on veuille remédier aux phénomènes les déjà constatés ou qu'il soit nécessaire de prévenir les accidents urs.

ne part, il faut modifier la constitution des enfants dont les fonctions ves sont altérées ; il faut empêcher le ramollissement des os de devenir nsidérable, et d'autre part, on doit prendre des précautions pour que déformation des os ne devienne pas l'origine d'une difformité incurable. est le double but que le médecin est appelé à atteindre auprès des s affectés de rachitisme.

régime des enfants, le lieu de leur habitation, leur genre de vie, leur e, en un mot, doit être dirigée avec beaucoup de soin. Il faut sagement er l'action de ces diverses influences pour arriver à un résultat satisfai- e serait vouloir les affaiblir que d'essayer à les diviser.

z les jeunes enfants encore allaités, il faut examiner la santé générale et alités du lait de la nourrice, pour la changer si les conditions qu'elle te n'offrent pas à cet égard toutes les garanties désirables. Les enfants confiés à de bonnes nourrices, qu'ils doivent teter jusqu'à douze ou mois. Il faut leur donner en même temps du lait de vache, des potages t ou au beurre, peu d'aliments gras et quelquefois un peu d'eau rougie e. Il est inutile et je dirai même dangereux de leur donner souvent des s au bouillon de bœuf, des viandes noires, etc. Ces derniers aliments rop lourds pour les enfants, et, bien que leur digestion puisse s'opérer, n est pas moins vrai qu'ils sont destinés à des enfants âgés dont les or- sont plus robustes et résistent mieux à la fatigue.

aut, autant que possible, ne pas contrarier les lois naturelles ; ce serait e que de nourrir prématurément de viande un jeune enfant dont le lait rmer le premier aliment. Beaucoup de personnes n'y regardent pas de ; elles croient, au contraire, favoriser le développement des enfants par riture succulente mais inopportune. Notre espèce en souffre ; des blent, et, dans leur nombre, il faut placer le rachitisme, qui

est souvent le résultat de cette manière d'agir. Nous sommes, à cet égard, moins favorisés que les animaux, qui ne présentent jamais qui boiteux ni bossus, et qui, en revanche, ne suivent d'autre système pour la nourriture de leurs petits que celui qui leur est communiqué par les lois de la nature.

Il faut, avec la nourriture légère, de bonne qualité, proportionnée à l'âge des enfants, promener les malades dans la campagne pour les laisser s'ébattre au grand air et au soleil. L'exercice ranime leur appétit, et l'influence solaire, en excitant les fonctions de la peau, donne aux tissus en général une vigueur qu'ils n'acquièrent jamais à l'ombre.

Les médicaments à donner dans le rachitisme sont peu nombreux, ou du moins il n'en est qu'un petit nombre dont l'efficacité soit telle qu'on puisse les employer contre cette maladie.

Le phosphate de chaux, à la dose de 5, 10 et 20 centigrammes, quatre ou cinq fois par jour, est employé par quelques médecins dans le but de restituer au système osseux les sels de chaux que la maladie lui a fait perdre. Malheureusement, l'organisme ne s'accommode pas toujours de ces restitutions de laboratoire et les maladies n'en persistent pas moins. C'est la situation du phosphate de chaux vis-à-vis du rachitisme.

Pour rendre l'absorption de ce sel plus facile, il faut le donner avec un carbonate de la même base uni à un acide qui puisse former une combinaison soluble:

Carbonate de chaux	8	grammes.
Phosphate de chaux	4	—
Sucre de lait	12	—

Trois pincées à chaque repas.

L'acide chlorhydrique de l'estomac, et l'acide lactique du sucre de lait prennent la base calcique et dégagent de l'acide carbonique, en même temps que les albuminates des aliments favorisent la solution du sel phosphatique.

Le fer, le quinquina sous toutes les formes, et les amers ont été administrés avec succès; mais ces moyens sont moins utiles que celui dont je vais parler, et auquel j'accorde toute confiance. L'huile de foie de morue est le médicament le plus avantageux à employer contre le rachitisme; c'est celui dont l'action est le plus constamment suivi de résultats favorables. Il arrête promptement le travail rachitique des os, et donne à l'économie la puissance de reformer, dans son intérieur, la quantité voulue de substances calcaires nécessaires à la consolidation et à la réossification des os ramollis.

L'huile de foie de morue se donne à la dose de 20 à 30 grammes chez les jeunes enfants, dans son état de pureté ou dans une double quantité de sirop simple. On peut élever la dose jusqu'à 60 ou 100 grammes chez les enfants plus âgés. L'huile brune est infiniment préférable à l'huile blonde, aussi altérée par l'épuration.

Ce médicament, dont l'odeur et la saveur sont assez désagréables, répugne d'abord beaucoup aux malades, mais ils ne tardent pas à s'y habituer, et

sent par le prendre sans peine, et je dirai même avec assez de plaisir.
peut le remplacer par l'huile de squale, par l'huile de foie de raie,
dans le commerce sous le nom d'*huile de poisson*, et qui est beaucoup
dispendieuse. Ses qualités sont d'ailleurs exactement les mêmes que
e l'huile de foie de morue. On en donne aux mêmes doses et on l'admi-
e la même manière.

ouvent eu l'occasion de constater les merveilleux effets de ce médica-
t j'ai vu des enfants, très compromis par le rachitisme, dont les mem-
jà courbés et souples comme une tige de plomb, ont pu se raffermir en
ours, et reprendre ensuite peu à peu leur rectitude naturelle sous l'in-
de cette médication.

iminution dans la souplesse des os, la résistance des membres aux
'on fait pour les ployer est le premier phénomène qui indique l'action
ante de l'huile de foie de morue. Si leur déformation n'est pas trop
rable, ils reprennent lentement leur direction naturelle. Si, au con-
a déformation est très grande, il faut réfléchir à ce que l'on va faire ;
s'expose, en donnant de l'huile de foie de morue, à consolider les os
position vicieuse où ils se trouvent, et l'on ne pourrait plus les faire
Il est convenable alors de joindre à l'influence de ce médicament l'ac-
moyens contentifs capables de tenir les membres dans une position
euse pendant le temps de leur consolidation.

ette manière, on empêche que la déformation rachitique des os ne soit
d'une difformité incurable.

tenant quelques personnes contestent l'efficacité de l'huile de foie de
et, en Belgique, on la remplace par l'huile d'amandes douces, l'huile
te ou tout simplement par du beurre ou de la crème de lait. On pré-
oir ainsi obtenu des résultats très satisfaisants dignes d'être comparés à
ue donne toujours l'huile de foie de morue. Je me suis également bien
de l'usage du lard, du gras de jambon, de la graisse d'oie, etc.

nploi des appareils contentifs, qui peuvent remédier aux difformités
ques lorsque les os sont encore très mous, a été blâmé par plusieurs
ins. Il a été adopté par le plus grand nombre. Le moyen le plus simple
e à placer des gouttières ou des attelles de carton autour des membres,
s maintenir dans leur rectitude naturelle, et à mettre en usage le lit à
ion continue lorsque la déformation porte sur la colonne vertébrale.

ant aux difformités rachitiques bien établies, après la guérison du ra-
ne, lorsque la consolidation des os s'est opérée, il est inutile de songer
uérir au moyen des appareils orthopédiques. C'est ici que l'autorité de
de Richerand et d'Astley Cooper mérite considération; en effet, ces
ens se sont opposés au traitement mécanique de ces difformités, et ils
raison, d'abord parce que le traitement est sans résultat; ensuite,
u'on n'acquiert cette conviction que lorsque les enfants ont passé plu-
mois, au détriment de leur santé, dans des appareils dont l'application

est fort désagréable et fort douloureuse. Ce n'est point la peine d'augmenter les souffrances des malades, puisqu'on est dans l'incertitude de pouvoir les guérir.

Aphorismes.

337. Le rachitisme et l'ostéomalacie ne forment qu'une seule et même maladie, modifiée par l'âge des individus.

338. Le rachitisme, c'est l'ostéomalacie des enfants.

339. La persistance des fontanelles et l'évolution dentaire tardive indiquent un commencement de rachitisme.

340. Le gonflement ou la *nouure* des articulations avec incurvation du diaphyse des os longs constitue le second degré du rachitisme.

341. Les *nouures* avec impossibilité de la station ou de la marche, et accompagnées de douleur et de ramollissement des os, indiquent un rachitisme général.

342. Le rachitisme est une maladie fâcheuse qui ralentit le mouvement de croissance et l'arrête toujours au-dessous du terme qu'il aurait dû atteindre.

343. C'est au rachitisme qu'on doit attribuer la production d'un grand nombre de difformités du squelette de la tête, des membres, du thorax et du bassin.

344. Il y a souvent antagonisme entre le rachitisme et la tuberculose.

345. On fait des rachitiques à volonté, par usage d'un mauvais régime.

346. L'usage prématuré des viandes et des aliments gras ou farineux, en occasionnant des entérites chroniques, a produit plus de rachitiques que le régime lacté le plus absolu.

347. L'absence d'air, d'exercice et de lumière, ajoute beaucoup aux effets de la mauvaise alimentation dans la production du rachitisme.

348. Du lait, du beurre, des bouillies et des soupes maigres, joints à l'action du grand air et du soleil, suffisent souvent à la guérison du rachitisme.

349. L'huile de foie de morue à 30 grammes par jour est le spécifique du rachitisme.

CHAPITRE II.

DES FRACTURES ET DU DÉCOLLEMENT DES ÉPIPHYSES CHEZ LES JEUNES ENFANTS.

On donne le nom de *fracture* à la rupture entière ou incomplète des fibres de la continuité d'un os. C'est un accident assez rare chez les nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle, et qu'il ne faut pas confondre avec le *décollement épiphysaire*, autre accident spécial au premier âge. Le *décollement épiphysaire*, en effet, est caractérisé par la solution de continuité d'un os à l'extrémité de ses fibres osseuses, et sans rupture de ces mêmes fibres. Ce sont là les deux formes de la solution de continuité des os chez les jeunes

Elles ont été anatomiquement bien étudiées par M. Salmon (1), et Foucher (2).

1° Des fractures en général.

ractures sont *congénitales* ou *acquises*, c'est-à-dire produites après la e. Chaussier a publié des observations d'enfants venus au monde avec bre prodigieux de fractures, qui ne pouvaient être attribuées à aucune e extérieure. Chez l'un il y avait quarante-trois fractures, les unes s, les autres dans un état de consolidation plus ou moins avancée ; chez e on comptait cent treize solutions de continuité; plusieurs étaient ées, et les autres étaient mobiles, sans travail de réunion. On dit avoir e des enfants avec des fractures causées pendant la vie intra-utérine, oup ou *une chute* sur le ventre de la mère. Ce sont là des faits très ont je rapporterai un ou deux exemples, le premier est dû au docteur Davies.

vation I. — Ce médecin déclare qu'il fut appelé pour voir une femme ée depuis deux jours. Six semaines environ avant sa délivrance, en fran- une barrière dans la campagne, son pied avait glissé, et, dans sa chute, re avait porté malheureusement sur la barrière elle-même. Pendant plu- ours elle éprouva dans l'abdomen un sentiment douloureux, comme si elle quée par la pointe d'un canif. Cependant elle continua de se bien porter ucha au terme ordinaire. En examinant l'enfant, M. Francis Davies re- une fracture de la cuisse avec raccourcissement de plus d'un pouce. nt a grandi depuis ce temps et est aujourd'hui devenu homme. Son membre ré a subi un raccourcissement considérable.

es fractures peuvent se produire dans le sein de la mère, elles ont ordi- nent lieu après la naissance. Elles sont assez rares chez le nouveau-né, à mesure que grandissent les enfants, elles deviennent assez communes. la seconde enfance, elles ont les mêmes caractères que chez l'adulte. Elles ur siége les os longs de préférence aux os plats et courts.

es peuvent se faire dans les divers points de l'étendue des os longs; le ouvent, c'est à leur partie moyenne qui est la plus mince; d'autres fois, ers une de leurs extrémités, et alors il se produit plutôt un décollement ysaire.

fractures sont ordinairement *simples*, elles sont *obliques*, et souvent *plètes*, ce qui signifie que, parmi les fibres osseuses, les unes rompent autres ploient, absolument comme cela se passe dans la rupture incom- l'un roseau frais. Quelques fibres se cassent, d'autres se courbent, et le te reste encore autour, pour maintenir les fragments osseux.

fractures sont les résultats de coups directs, ou de chutes sur un elles se produisent à la suite d'une grande distension articulaire fant qu'on soulève mal par un de ses bras, mais alors c'est plutôt nt épiphysaire qui a lieu.

1843.

rgie, 1860

Au reste, toutes ces causes n'agissent souvent que d'une manière exécutive, et presque toujours sous l'influence d'une diathèse syphilitique héréditaire et du rachitisme qui rendent les os plus friables. Le rachitisme modifie si profondément la composition chimique des os, que pas un enfant atteint de cette maladie, n'échappe à l'accident d'une ou de plusieurs fractures rachitiques. On a même vu des enfants qu'on ne pouvait remuer dans leur lit sans leur casser un membre. Plusieurs fois pareil accident est arrivé dans mon service. C'est là un fait vulgaire dans les hôpitaux de l'enfance, et qui suffit expliquer ces cas rares de fractures nombreuses sur les différents os d'un enfant. Le cas publié par le docteur Sadler est des plus curieux sous ce rapport, et sans qu'il soit possible de le considérer comme un exemple de rachitisme, plutôt que de syphilis à cause des ulcérations rongeantes de la peau et de la direction transversale des fractures, il ne saurait être passé sous silence.

Observation II. — *Fractures nombreuses, sans violence extérieure, chez un enfant.* — Le docteur Sadler a appelé l'attention de la Société pathologique de Londres sur un squelette d'un enfant chez lequel six des os longs, l'humérus gauche, le tibia et le péroné gauche, le fémur droit, le radius et le cubitus du même côté étaient fracturés sans aucun accident ni violence extérieure, et apparemment par suite d'une dégénération de la structure de ces os dans les points fracturés. Cet enfant, âgé de deux ans et demi, avait été apporté trois ou quatre jours auparavant dans l'hôpital de Charing-Cross, faible, presque mourant, criant sans relâche, et défiguré par des ulcérations profondes qui avaient détruit les cartilages du nez et en grande partie ceux des oreilles. Au pli du coude, à gauche, il y avait un écoulement de matière purulente ; les points occupés par les autres fractures, étaient durs, tuméfiés, tendus, comme s'ils avaient été le siége d'une collection purulente profonde. L'enfant mourut le lendemain de son admission à l'hôpital. A l'autopsie, toutes les fractures furent vues; elles étaient à peu près transversales. Les os ne paraissaient pas malades excepté au voisinage immédiat des fractures, du reste, ils semblaient avoir une santé et une densité parfaitement normales. Au niveau des points fracturés, le périoste était épaissi et détaché de l'os.

En voici un autre dû à M. le docteur Murry :

Observation III. — Une femme âgée de vingt-six ans, d'une faible constitution, fut délivrée d'un premier enfant vers le septième mois de sa grossesse. Le fœtus, à sa naissance, présentait les particularités suivantes : l'humérus gauche était fracturé à sa partie moyenne ; les os de l'avant-bras étaient sains, mais les doigts, qui étaient fort longs, se renversaient en arrière, surtout à leur extrémité. Le bras droit n'étant point fracturé ; il était rigide et rétracté ; les doigts et le pouce étaient unis entre eux. Le fémur gauche était fracturé dans son tiers supérieur ; le membre du côté droit n'était point fracturé, mais il était ridé et rigide comme le bras du même côté, et le pied était revenu sur lui-même et courbé en forme d'arc.

On apprit que la mère n'avait éprouvé aucun accident pendant sa grossesse, mais elle était évidemment sous l'influence d'une affection syphilitique générale. Une éruption de nature spéciale s'étant développée peu de temps après la conception, un traitement antisyphilitique avait été dirigé contre ces accidents qui n'avaient pas tardé à se dissiper ; mais la guérison n'avait été qu'apparente, puisqu'au moment de son accouchement elle portait des condylomes à l'anus.

ve. L'enfant ne vécut que quelques jours, et l'autopsie ne put en être

ymptômes des fractures chez les enfants sont la mobilité, le déplace-
la douleur, etc.

obilité contre nature ne s'observe que dans les fractures des parties
ées d'un seul os, ou dans les fractures des deux os qui composent cer-
embres. Elle est plus ou moins marquée, suivant le degré de la frac-
lon qu'elle est entière ou incomplète.

placement n'est jamais très considérable chez les jeunes enfants; cela
rend; il ne peut y avoir de déplacement et de chevauchement que
cas de fracture complète; or, elles n'ont guère lieu que dans un âge
ancé, vers trois ou quatre ans. Le seul déplacement qui existe est un
nent suivant la direction du membre fracturé.

uleur accompagne constamment les fractures, et l'on ne peut imprimer
nouvement aux membres affectés, sans faire jeter beaucoup de cris
ts enfants.

épitation est très rare chez les nouveau-nés, et dans les cas de fracture
ue, les os ploient sans donner lieu à aucun bruit.

gnostic des fractures chez l'enfant n'est pas difficile quand la fracture
la partie moyenne d'un os long. La mobilité, le déplacement et la
suffisent pour établir la nature du mal Il n'en est pas de même lorsque
re siége à l'extrémité d'un os ou sur un os plat. Dans le premier cas,
ivent difficile de savoir si l'accident est causé par une fracture, une
ou un décollement épiphysaire. Il est surtout important de ne pas se
dre avec l'entorse afin de ne pas mettre un appareil inutile. Dans l'en-
i se montre surtout au poignet, lorsque les parents enlèvent violem-
enfants par la main dans leur lit, ou sur un tapis pour les faire jouer
her, le poignet devient très douloureux et fort gonflé, il n'y a ni
nent, ni crépitation; cela doit suffire au diagnostic. Dans les *décolle-*
piphysaires, en outre de la douleur et du gonflement, il y a mobilité
nature, et souvent une crépitation sourde, *râpeuse*, très différente de
tation des os, et qui indique une solution de continuité. La fracture
nte jamais de crépitation, quand elle siége aux extrémités d'un os,
première année de la vie.

ehors de toute complication locale ou générale, les fractures des enfants
olident avec rapidité et beaucoup plus vite que les fractures chez les
et chez les vieillards. Ce fait important doit être rapporté à la vitalité
nde des os dans le jeune âge, c'est-à-dire à la vascularité de leur tissu
ur périoste. De cette vascularité en rapport avec la force d'accroisse-
tissu osseux, résulte une plasticité plus grande des liquides épanchés
ité plus réelle dans la formation des molécules osseuses. C'est
rter le volume généralement assez notable

du cal chez les enfants. Une autre cause qui favorise également la
tion des fractures au *premier âge*, c'est la facilité de la coaptatio
ments en raison de la faiblesse des muscles comparée à la con
muscles chez un adulte, et de la rareté des fractures obliques e
avec chevauchement considérable. Il faut enfin tenir compte de
périoste moins souvent déchiré dans les fractures des jeunes enfan
les fractures chez l'adulte, ce qui doit permettre à la consolidation
plus vite.

La durée de la consolidation est de quinze à vingt jours; ce
durer deux et trois mois ou même davantage, lorsqu'il est retardé
d'une des causes générales dont je vais parler un peu plus loin.

Le pronostic des fractures varie beaucoup chez les enfants d'
général de la santé. Si les enfants sont bien portants, forts et vi
pronostic n'est pas grave, car le travail de consolidation est très
niment plus hâtif que chez l'adulte et le vieillard. De Lamotte a
tures chez les nouveau-nés être consolidées au douzième jour; M
a été témoin de la consolidation d'une fracture de la clavicule le ne
après l'accident, chez une fille de six ans, traitée en 1808 à l
l'Humanité de Rouen; ordinairement la consolidation s'accom
espace de temps qui varie entre quinze et vingt jours.

Au contraire, si les enfants sont faibles ou malades, et atteints
locales des os, telles que carie, nécrose, hydatides, spina ventos
come ou de maladies générales, telles que l'affaiblissement de la co
des fièvres graves, ou la diathèse syphilitique, scrofuleuse ou ra
pronostic est plus grave, car la consolidation est plus ou moins re
rachitisme a surtout une influence pernicieuse sous ce rapport, et
restent assez souvent plusieurs mois, avec les fragments mobiles e
solidés de leur fracture. Cela dure ainsi jusqu'à la guérison de
générale.

Le traitement des fractures des nouveau-nés et des enfants à l
consiste dans l'usage des moyens contentifs, à peu près semblables
l'adulte. Des compresses et des bandes imbibées d'eau blanche ou
vie camphrée étendue, et roulées au niveau de la fracture; de pet
de carton assez solides et pas trop serrées, l'emploi d'appareils
ou dextrinés, voilà les moyens à employer dans *les fractures et l*
ments épiphysaires des jeunes enfants.

Le seul précepte relatif au traitement que je doive formuler ici,
pas laisser trop longtemps les appareils en place, c'est de les retire
possible, au bout de quinze jours, trois semaines au plus tard,
réappliquer si on le croit utile. Généralement ce temps est suffi
consolidation des fractures. A un âge plus avancé, dans la secon
les appareils peuvent rester plus longtemps et sans
fracture.

:z quelques enfants il se fait un cal vicieux, difforme, auquel on remé-
reproduisant la fracture afin de préparer une consolidation régulière.
outefois un moyen dangereux, car on risque de reproduire la fracture
: se consolide plus et forme, quoi qu'on fasse, une fausse articulation.
a dit tout récemment, mais le fait reste à vérifier, que le raccourcisse-
les membres qui succède aux fractures des enfants pouvait disparaître au
e quelques mois, et M. Baizeau a porté ce fait à l'Académie des sciences.
fait la nécropsie d'un enfant de cinq ans, récemment guéri d'une frac-
e cuisse sans raccourcissement. Les deux fémurs étaient égaux en
ur à 1 millimètre près, et cependant le fémur fracturé offrait un che-
ment considérable de ses deux fragments. Il fallait donc que ces frag-
se fussent allongés de manière à suppléer au raccourcissement de la
de l'os, et cela d'une façon extraordinaire et *intelligente*, si l'on peut
arler. M. Herpin (de Genève) dit avoir vu deux cas de fracture de
hez des enfants de cinq à six ans, dans lesquels un raccourcissement
ntimètres aurait disparu un an après la guérison. S'il n'y a pas eu er-
mesure, et si l'inclinaison du bassin n'a pas trompé ce médecin, c'est
it très important, en faveur duquel, d'ailleurs, militent des expériences
animaux faites par M. Baizeau que je viens de citer. De jeunes lapins
eux mois, sur lesquels on fit des fractures qu'on laissa consolider et
examina les os au bout de trente jours, offrirent le même phéno-
l y a plus, les tibias des lapins, ainsi fracturés et ensuite consolidés,
elquefois plus longs que les tibias non fracturés, et les dépassent en
r de 1 à 2 millimètres, de 4 millimètres même, si l'on tient compte du
hement des fragments.

ès trois expériences faites par M. Baizeau, on voit que chez les jeunes
il y a une augmentation réelle de la nutrition des os fracturés, avec
hement : augmentation en épaisseur, augmentation en longueur et
sement de la cavité médullaire. Cet accroissement de nutrition ne
re pas sur les épiphyses qui conservent leur volume naturel, et ne se
pas davantage dans *les fractures sans chevauchement des extrémités*
. Ainsi, deux expériences faites dans cette condition ont montré qu'il
it pas d'augmentation de nutrition dans l'os fracturé. D'où il suit enfin
xagération du pouvoir nutritif des os fracturés aurait en quelque sorte
ain caractère conservateur tenant du merveilleux, et nous montrerait
mple de plus de l'intervention active des forces de la nature pour un
erminé, entièrement réparateur, qui serait celui d'allonger des os qu'un
at devrait raccourcir. C'est là un des attributs de la vie, indépendants de
re des organes, ainsi que je l'ai démontré en 1859 dans les leçons
nt d'ouverture *à mon cours de pathologie générale* (1).

chose qu'il ne faut pas oublier dans le traitement de ces fractures,

attributs de la vie ; première partie : *de la Promorphose* (sous

c'est la médication générale, antivénérienne ou antirachitique. L'huile de foie de morue peut ici rendre de très grands services, et il faut l'employer comme je l'ai prescrit à propos du rachitisme.

En cas de fausse articulation, il faut faire l'acupuncture des extrémités de l'os, et employer des appareils contentifs pendant un temps très prolongé. C'est ce qu'on a été obligé de faire après avoir inutilement tout employé dans un cas de non-consolidation de fracture de jambe, observé chez une fille de [illegible] ans, présentée à la Société de chirurgie par Guersant, et qui avait eu l'accident à seize mois. On avait mis des sétons entre les deux bouts de l'os, pendant trois mois, pratiqué consécutivement la perforation de l'os à [illegible] reprises dans chacune des extrémités osseuses, et mis le membre dans un appareil inamovible ; on avait introduit entre les fragments des aiguilles [illegible] ultérieurement rougies à blanc ; plus tard, enfin, on avait incisé les parties molles au niveau de la fracture, fait saillir les fragments pour les couper, et c'est après tout cela qu'on a fini par où on aurait peut-être dû commencer, sans faire toutes ces opérations inutiles. Chez cette petite fille, on a mis un appareil susceptible de maintenir les fragments en la laissant libre de marcher, et elle a guéri.

2° Des fractures en particulier.

Voici maintenant quelques observations particulières de fractures chez les jeunes enfants. Je les publie pour commencer la série de celles qui dans l'avenir serviront à d'autres pour tracer l'histoire des fractures dans le premier âge (1). Quant aux fractures dans la seconde enfance, elles ressemblent si complétement à celles de l'adulte, qu'il n'y a pas à s'en occuper ici.

§ I. Des fractures du crâne.

Si les fractures du crâne s'observent de temps à autre chez les nouveau-nés, ainsi que Rœderer, Cooper, Siebold, Chaussier, Dugès et M. Danyau en ont observé des exemples, elles se montrent aussi chez des enfants plus âgés.

Les fractures des nouveau-nés sont le résultat de la parturition et de la pression de la tête du fœtus contre l'angle sacro-vertébral ou le pubis, ou entre les deux branches d'un forceps. Il y a fracture et enfoncement, enfoncement sans fracture ou simplement une fêlure. Ce n'est pas le point le plus comprimé qui est toujours le siége de la fracture, ce peut être un endroit éloigné ou opposé ; ainsi M. Danyau a observé la fracture indirecte de la voûte orbitaire.

Les fractures du crâne chez les nouveau-nés s'observent ordinairement sur les pariétaux, ensuite sur l'os frontal, l'occipital, et enfin sur le temporal. Elles sont linéaires ou étoilées, avec ou sans enfoncement, et quelquefois accompagnées de crépitation, comme dans le fait rapporté par M. Gosselin, avec souvent le décollement du péricrâne, de la dure-mère ou une hémorrhagie

(1) Voir une thèse de M. Payer, 1858, et celle de M. Coulon, 1861.

· les accompagne. Elles peuvent guérir sans accident, mais s'il y a
ıgie interne, elles sont suivies de mort.

it à M. Dayau plusieurs observations d'enfoncement du crâne. En
· des plus curieuses, lue à la Société de chirurgie :

ATION IV. — L'enfant est le sixième d'une femme de quarante et un
le bassin vicié n'a que 0m,09 de diamètre sacro-pubien. Cet enfant est
llement. Il en a été de même des deux premiers et du cinquième. Ces
nts étaient dans de bonnes conditions, et ne présentaient, dit la mère,
sion des os du crâne ; ils ont succombé plusieurs mois après leur nais-
troisième et le quatrième, extraits à l'aide du forceps, sont nés morts.
les enfants étaient-ils très volumineux ; peut-être les contractions
ne furent-elles pas suffisamment énergiques. Au reste, les renseigne-
us font absolument défaut. Ce qui est certain, c'est que dans l'un de
chements, qui eut lieu à la Clinique, l'assistance la plus habile dut être
la femme.

nt que je présente à la Société est né il y a cinq jours, après un travail
s la première période, très rapide, au contraire, dans la seconde. Après
on complète de l'orifice utérin, une demi-heure de bonnes et vigoureuses
ons a suffi pour l'expulser. C'est cependant un enfant fort, qui ne pèse
s de 3 kilogrammes et demi, et dont les dimensions sont en rapport
oids un peu au-dessus de la moyenne. Ainsi, la tête a 0,13 dans son
occipito-mentonnier, et 0,12 dans le diamètre occipito-frontal. Le
roit, il est vrai, a été enfoncé et fracturé contre l'angle sacro-vertébral.
ssion qui occupe la partie antérieure et supérieure de cet os a un demi-
e de profondeur; au niveau de ses bords, l'os est fracturé. Du fond de
sion, à la partie inférieure du pariétal gauche, il y a 0m,078.
à l'état de l'enfant, il est des plus satisfaisants. Aucun accident ne s'est
depuis sa naissance, et rien ne fait craindre qu'il en survienne ulté-
nt.

audrait pas conclure de ce fait, que l'issue est toujours aussi heureuse.
llerai seulement, pour démontrer le contraire, que dans un mémoire
1843, j'ai fait connaître quatre cas de fracture avec enfoncement des os
chez des enfants nés naturellement, et que dans trois de ces cas, com-
'épanchement intra-crânien, les enfants étaient nés morts.

actures sans enfoncement et sans complication passent souvent ina-
sont sans gravité et guérissent très facilement. Celles qui sont com-
d'une hémorrhagie des méninges présentent la plupart des phéno-
le la compression du cerveau que j'ai décrits au sujet des apoplexies
es, et les enfants peuvent vivre quelques jours. Les fractures avec
ment sont les plus graves de toutes, et quelquefois accompagnées de
ion, mais elles n'entraînent pas la mort immédiate des enfants, qui
vivre plusieurs jours; il en est même qu'on a vu guérir. Dugès cite
le de deux enfants qui ont survécu et qui eurent, l'un, un enfonce-
u frontal avec exophthalmie presque complète de l'œil gauche sans
ions ni paralysie; l'autre, un enfoncement du pariétal large de 5 cen-
s et profond de 1 centimètre et demi, ayant ensuite du strabisme, des
ons, de la contracture des membres durant vingt-quatre heures,

buvant bien au bout de deux jours et complétement guéris, la dépre-
nienne se trouvant effacée à la fin de la quinzaine.

Les fractures du crâne dans la seconde enfance sont infiniment pl
En voici un bel exemple, suivi de trépanation faite avec succès :

Observation V. — Une enfant de trois ans et six mois, tombée sur la
présentée au bout de trois semaines à M. Elliot. Elle avait perdu l'usa
membres. Sous la peau saine existait à l'angle postéro-supérieur du pari
une fracture en étoile, avec dépression en godet. L'assoupissement dan
l'enfant était constamment plongée, augmentait lorsqu'on pressait sur c
La trépanation ayant été décidée en consultation, on fit une incision
dont les lambeaux disséqués et relevés firent voir que les esquilles étai
un tel état d'intrication, qu'on ne pouvait essayer d'en relever une sans d
les autres. On prit alors le parti d'appliquer le trépan en dehors de la di
rence du siége de la fracture ; puis on enleva les esquilles. L'enfant du
médiatement des signes de sensibilité, ce qui ne lui était pas arrivé d
jour de l'accident. La chambre fut maintenue chauffée.
Il n'y eut d'autre accident qu'une hernie du cerveau, heureusement tri
la compression, puis l'excision. La guérison fut complète (1).

Il est fâcheux que ce fait ne soit pas accompagné de plus de détails
les symptômes de la paralysie, et sur les phénomènes consécutifs de la
du cerveau traitée par la compression et puis ultérieurement par l'o
car il a dû se présenter à ce moment des accidents assez graves pour i
ser le médecin. Ainsi écourtée, l'observation conserve un grand in
curiosité, mais elle perd une partie de son importance.

J'ai vu un autre cas publié par M. Marjolin.

Observation VI. — Chez un enfant âgé de quatorze mois, tom
deuxième étage sur le sol. Il était survenu au niveau de la région pariétale
une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, présentant des battements is
à ceux du pouls, et après quinze jours un bruit de souffle s'est manifest
Autour de la fontanelle antérieure, très large, existait un enfoncem
crâne qui se prolongeait en arrière et indiquait une fracture du pari
les phénomènes de douleur au moment de l'accident il n'y eut aucun
compression du cerveau, ni coma, ni convulsion, ni contracture, etc. ;
très gai, se nourrit comme de coutume et ne semble pas être malade

Un fait semblable a été observé par M. Jarjavay à l'hôpital des
trouvés :

Observation VII. — Un enfant de six mois, qui avait, ainsi que la a
le fit voir, une fracture du pariétal avec double épanchement sanguin,
os et la dure-mère et à la surface du crâne.

§ II. — Fracture du maxillaire inférieur.

Le maxillaire inférieur se trouve quelquefois fracturé par le fait m
l'accoucheur qui, mettant le doigt dans la bouche du fœtus et faisant
violentes tractions, sépare la symphyse ou brise l'os dans tout autre p

(1) *New-York medical Times*, décembre, 1854, p. 73.

ndue. Le même accident peut arriver par le fait de la position vicieuse te au moment du travail de l'enfantement.

t tâcher de tenir les fragments de l'os en rapport immédiat au moyen lage désigné sous le nom de fronde, et l'on nourrit l'enfant à la cuiller lait légèrement sucré, en attendant que l'os soit consolidé et qu'il ter au sein ou au biberon.

§ III. — Fracture de la clavicule.

evergie aîné a rapporté l'observation suivante de fracture intra-utérine lavicule :

VATION VIII. — Une femme, qui était grosse de six mois, se frappa vio- l'abdomen contre l'angle d'une table en tombant d'une chaise élevée. ur fut excessivement aiguë et persista durant quelque temps sans qu'on our la calmer; insensiblement elle se dissipa, et au terme ordinaire de sse, cette femme accoucha d'un enfant assez fort et qui présentait une olumineuse de la région de la clavicule gauche; il mourut le huitième l'examen du cadavre on trouva une fracture de la clavicule, dont les s qui avaient un peu chevauché l'un sur l'autre étaient réunis par un cal volumineux qui formait la tumeur dont on vient de parler.

bservation semblable a été communiquée à la Société pathologique delphie, par le docteur Keller (1).

VATION IX. — Une femme âgée de vingt-sept ans, d'assez forte constitu- t joui d'une assez bonne santé pendant les premiers mois de sa gros- tait la cinquième), était enceinte de six mois quand, vers le milieu lle tomba de voiture le corps en avant, et se fit une blessure extérieure roit de l'abdomen. Elle n'en ressentit, du reste, aucune suite fâcheuse, nça le premier mai à percevoir les mouvements de l'enfant. A la mi- cause apparente, elle eut une hémorrhagie utérine, qui dura deux jours. deux derniers mois de la grossesse, elle éprouva des douleurs comme ques du côté de la matrice, et le 25 septembre, après quelques heures de parfaitement régulières, elle mit au monde une fille bien portante; mais s après, la nourrice montra à M. Keller une grosseur à la base du cou t. C'était une fracture très bien consolidée de la clavicule (on ne dit el côté), à sa partie moyenne. Il y avait chevauchement des fragments. a soulevé quelques objections au sein de la Société. On a demandé si r signalée par la nourrice ne consistait pas en une véritable tumeur, sur l'autre ou l'enveloppant; mais M. Keller a affirmé qu'il n'y avait emblable, et que la fracture était évidente. Nous l'en croyons d'autant tiers, que, dans le cas de M. Devergie, la partie fracturée s'accusait une grosseur qui avait tout d'abord attiré l'attention.

sence de ces observations, et en tenant compte de l'absence de rachi- z les enfants, et de l'ancienneté évidente de la lésion osseuse, il est dif- e pas reconnaître chez le fœtus l'existence de fractures uniquement par des violences exercées sur le ventre de la mère.

très commun de voir s'opérer des fractures des membres pendant ement ou après la naissance; elles se reconnaissent par les mêmes

(1) *North-American medico-chirurgical Review*, juillet 1859.

signes que celles qui surviennent chez les adultes, et doivent être tra
les mêmes moyens.

La clavicule est quelquefois brisée chez le fœtus lorsqu'on décroise
sens les bras placés derrière la nuque. Alors il suffit de mettre une
coton dans l'aisselle, et de maintenir le bras fixe le long du corps,
relevée vers l'épaule opposée, sans toutefois exercer de fortes constri
le thorax.

§ IV. — Fracture de l'humérus.

Cette fracture peut être congénitale ou acquise. Billard en a
exemple qui se rapporte à la première variété. Quant aux autres, sa
tures rachitiques, elles ressemblent à celles de l'adulte.

Observation X. — L'enfant observé par Billard, âgé de deux m
de pneumonie : « Son humérus est mobile à la partie moyenne où il
» espèce de fausse articulation ; il y a une solution de continuité da
» stance osseuse de la partie moyenne de l'humérus, et dans une
» quatre lignes, cet espace est rempli par une substance cartilagin
» épaisse, dont les extrémités sont en contact avec les extrémités
» l'os, comme le sont les épiphyses avec les os auxquels elles appar
Cet humérus n'était pas plus long que celui du côté opposé, d'où résul
Billard, que le morceau de cartilage unissant les bouts osseux était
cartilagineux primitif de l'os que l'ossification n'avait pas détruite.

C'est là, je crois, une erreur d'interprétation ; l'enfant avait eu
de sa mère une fracture qui était en voie de consolidation.

§ V. — Fracture du radius.

Les fractures du radius, très rares chez le nouveau-né, sont assez
dans la seconde enfance, et alors elles offrent le caractère de ce
observé dans l'âge adulte.

Observation XI. — J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, un garç
ans, couché dans mon service au n° 13 de la salle Saint-Vincent, et
tombé de sa chaise, se fractura le radius à sa partie moyenne. La
complète, sans crépitation, et la douleur excessive. Il n'y eut pas d'ecc
mis un appareil de carton, et au bout de quinze jours la guérison était

§ VI. — Fracture du fémur.

J'ai vu à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, un petit
sept mois que sa mère avait laissé tomber et qui souffrait vivement d
droite. Cet enfant avait bonne apparence et n'était nullement rachi
membre était mobile à la partie moyenne, et on pouvait le mouv
sens ; il n'y avait pas de raccourcissement, et la crépitation très é
produisait à chaque secousse imprimée à la cuisse. Un appareil co
placé, et l'enfant ramené par la mère ne me fut pas montré.

Observation XII. — *Fracture des deux fémurs par contraction*

ne attaque d'épilepsie. — Un enfant de douze ans était sujet à des convul-
-pileptiques depuis l'âge de quinze mois. En avril 1859, il eut une série
ues très violentes. Dans une de ces attaques, pendant qu'on le contenait
on lit en le fixant par les épaules, un fort craquement se fit entendre, et
connut une fracture du fémur gauche à la jonction du tiers moyen avec le
upérieur. Au moment où le craquement fut entendu, la cuisse était violem-
léchie sur le bassin. On appliqua un appareil, et un cal osseux parfaite-
olide se produisit. Mais le 13 décembre suivant, le fémur droit se fractura
es circonstances tout à fait semblables. Après ce nouvel accident, l'enfant
a à souffrir et mourut le 20 janvier suivant (1).

BSERVATION XIII. — *Fracture incomplète du fémur.* — James Smith, seize
d'une constitution délicate, me fut amené le 16 septembre 1840. Les
s me disent que l'enfant avait été confié à une jeune fille qui l'avait laissé
de ses bras sur le gazon.

ection faite, je crus trouver le fémur complétement fracturé. Cependant,
n examen plus attentif, plus minutieux, j'arrivai à cette conclusion, que
ure était *incomplète*, partielle. Mes raisons pour penser ainsi étaient qu'il
it point de crépitation, pas de déplacement de l'extrémité des os, pas de
-cissement du membre. Le talon et les orteils furent élevés perpendiculai-
et le membre put être agité, comme un pivot, en dehors et en dedans, et
ilement, mais non en arrière et en avant.

redressant l'extrémité du membre, il restait ainsi pendant peu de temps,
u moindre mouvement de l'enfant, il y avait inclinaison en dedans et le
présentait une convexité à son côté externe, siége de la fracture.

cement. — J'entourai d'abord le membre d'un bandage de toile mince de
le plaçai dans un morceau de carton épais, préalablement trempé dans
mouillé sur la jambe, rempli de beau coton de laine cardée, j'enveloppai
d'un autre bandage.

fant, au moyen d'un régime nourrissant et de vin, alla parfaitement et put
r de la jambe malade aussi bien que de l'autre, et cela après trois ou
semaines. Il n'y avait eu qu'une légère tuméfaction (2).

§ VII. — Fracture du tibia.

une observation de M. Carras qui est fort curieuse. C'est une fracture
érine du tibia.

BSERVATION XIV. — Une jeune femme de vingt-cinq ans, bien constituée, à
de grossesse, fit une chute sur le ventre et sentit aussitôt son enfant
avec force, puis s'arrêter.

rme de la grossesse, un enfant maigre, faible, donnant à peine signe de
au monde avec une plaie transversale, longue de neuf lignes, placée sur
droite. Cette plaie, dont les lèvres étaient pâles et flasques, passait d'une
à l'autre, intéressait la peau et les muscles subjacents, et était accom-
d'une fracture du tibia. Le corps de cet os était tout à fait séparé de
se inférieure ; il sortait par la plaie en se dirigeant en dehors, avait perdu
oste et offrait un mauvais aspect. On tenta, mais vainement, d'en faire
ction ; on fut obligé d'y renoncer parce que les bords de la plaie furent
de sphacèle, et que la nécrose fit des progrès. Le mal s'étendit rapide-
l'enfant mourut au treizième jour.

orth-American med. chir. Review.

athew et Gibson, *The Lancet*, 1841, p. 154.

§ VIII. — Fractures multiples.

Il y a des fractures congénitales multiples, le musée Dupuytren en reli plusieurs exemples. Quelques squelettes préparés en offrent des centaines les uns attribuent au rachitisme, d'autres à une maladie des os. M. Ri feld en a publié un très remarquable exemple (1).

3° Du décollement des épiphyses.

Le décollement, disjonction ou divulsion des épiphyses, n'a été que incomplétement étudié jusqu'à ce jour. Il a été signalé par Amb. Paré (2) Eysson (3), par J.-L. Petit, Weiss et Poupar, par Reichel (4), par Bert Petit-Radel, A. Cooper, Boyer, etc. Ce n'est que dans le trav Rognetta (5), dans celui de Guéretin (6), un peu plus tard dans la th Salmon (7), dans plusieurs leçons de M. le professeur Nélaton, enfin dans u moire de M. Foucher (8), qu'on trouve des détails plus complets sur la ma

Les décollements ont lieu entre l'épiphyse et l'os, ou entre l'épiphyse qui laisse une plus ou moins grande partie de lui-même au cartilage. D cas, comme l'a fait connaître M. Nélaton, la maladie se guérit au moyen d comme pour une fracture et il en résulte une altération de l'extrémité spon de l'os telle que l'accroissement en longueur ne peut plus s'opérer et q résulte un raccourcissement forcé du membre. Dans les membres for deux os, comme à la jambe, le phénomène est plus curieux et plus grave. dans un décollement de l'épiphyse inférieure du tibia produite sans alté du péroné et observé par M. Nélaton, le cal succédant à la disjonction ép saire arrêta l'accroissement en longueur de l'os, tandis que le péroné s' geant fit dévier le pied en dedans et forma un pied bot varus.

L'histoire de ces décollements est presque toute à faire et pour y con je me bornerai à la publication de quelques faits parmi les plus récents.

Observation XV. — *Décollement de plusieurs épiphyses des os long abcès sous le périoste, et productions osseuses remarquables chez un enfa veau-né* (9). — Foulon (Alexandrine), du sexe féminin, née le 5 septembre fut envoyée à l'infirmerie des Enfants trouvés, dans la salle de M. Th le 16 du même mois, pour *quelques pustules très petites, contenant une gou de pus blanc*, et entourées d'un petit cercle d'un rouge peu intense : on les sur le cou et sur la poitrine. Le cri était fort, les yeux bien ouverts, la humide, le ventre souple ; sa respiration se faisait facilement, et il y a

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857.
(2) Edition Malgaigne, liv. XIII et XIV.
(3) *De ossibus infantis cognoscendis et curandis*, 1659.
(4) *De epiphysium ab ossium diaphysi diductione*, 1759.
(5) *Gazette médicale*, 1837.
(6) *Gazette médicale*, 1834.
(7) Thèse, 1843.
(8) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860.
(9) Valleix. Ce fait a été publié par Billard, *Maladies des nouveau-nés*.

npoint. Les renseignements pris au bureau nous apprirent que cette petite nait de la maison d'accouchement, avec cette seule note : Enfant robuste, à donner sur-le-champ à une nourrice.

prescrivit un bain dans l'eau de son, du lait et de la crème de riz.

endemain 15, on s'aperçut que l'enfant ne pouvait pas remuer son bras , et qu'elle poussait des cris quand on voulait lui faire exécuter des mouve- Ce membre examiné ne nous a absolument rien offert de remarquable dans point de son étendue. Le regard est fixe, l'anxiété se peint sur la figure. sant que l'état du bras pouvait dépendre d'une lésion du cerveau, on fait er une sangsue derrière chaque oreille, on supprime la crème de riz, on ne qu'un peu de lait.

16 et les jours suivants, même état. Le 20, diarrhée peu abondante de s jaunes.

21, l'enfant remue le bras gauche avec plus de facilité, le regard est plus la diarrhée a cessé ; on la croit en convalescence ; mais le 26, on aperçoit tie inférieure de l'avant-bras droit, au-dessous de l'articulation radio-car une tumeur volumineuse qui en occupe le tiers inférieur, contournant nent le radius, et présentant une fluctuation très évidente. En quelque e l'on plaçât la main autour de la tumeur, on sentait le flot du liquide pas- côté opposé, et l'on reconnaissait que l'abcès passait au-dessus du bord du radius, gagnant la face postérieure de l'avant-bras ; mais du côté du , tout paraissait dans l'état naturel. Ces explorations sont douloureuses, ant tient la main et les doigts dans la demi-flexion. La diarrhée a reparu, iration est gênée, la face est grippée et exprime la souffrance ; les lèvres ges, sèches, fendillées, la langue est humide et offre quelques grains de disséminés çà et là : ventre douloureux à la pression (riz gommé, potion gros de sirop diacode ; cataplasmes sur le ventre et sur les tumeurs).

7, une tumeur également fluctuante et douloureuse s'est manifestée vers ation scapulo-humérale du côté gauche. Elle paraît occuper cette articu- elle fait faire une saillie considérable au moignon de l'épaule. Le deltoïde ement soulevé, et un doigt placé sous l'aisselle perçoit parfaitement le ent du liquide, quand on exerce une légère pression au-dessous de l'ex- externe de la clavicule. Les yeux sont ternes, les paupières entourées rcle noir, l'expression de la face peint une vive souffrance, le muguet a progrès ; la respiration est beaucoup plus gênée, le pouls est faible, fili- irrégulier ; abattement, assoupissement (mêmes prescriptions).

8, mort à six heures du matin.

psie. — Tumeur de l'épaule : il en est sorti environ une once de pus blanc, nsistance et sans odeur. La partie supérieure du corps de l'humérus est ment dénudée dans l'étendue de dix lignes environ ; on n'y trouve pas de ment de couleur ni de consistance ; sa forme est bien conservée, mais il y collement complet de l'épiphyse, d'où résulte une espèce de fausse arti- à surface rougeâtre et rugueuse, qui baigne entièrement dans le pus. On l'extrémité supérieure de l'humérus, les cellules de la substance spon- qui contiennent une petite quantité de matière purulente. Les parois de sont formées par le périoste décollé, qui est mince, transparent, lisse et u tissu cellulaire environnant ; à la partie inférieure du foyer, un peu s de l'insertion deltoïdienne, cette membrane vient s'insérer sur un et osseux, d'apparence spongieuse, irrégulier, élevé de plus d'une ligne us du niveau de l'os et qui se prolonge en mourant jusqu'au-dessous de la noyenne de l'humérus. Le périoste est partout en contact avec cette pro- osseuse ; il est même assez difficile de l'en séparer. Tous les muscles de supérieure du bras, ainsi que les nerfs et les vaisseaux axillaires, avaient

été repoussés par le foyer purulent. Le deltoïde avait été fortement [illegible] l'articulation scapulo-humérale était parfaitement saine.

La tumeur du poignet contenait une quantité aussi considérable de pus que la première : c'était l'extrémité inférieure du radius qui baignait dans le pus. Elle était également séparée de son épiphyse, son aspect était semblable à celui de l'extrémité de l'humérus, dans la tumeur de l'épaule : elle était détachée complétement interosseux et entièrement dépouillée de son périoste. Une production osseuse, semblable à la précédente, également spongieuse, et dans les mailles de laquelle était contenue une petite quantité de liquide jaunâtre, commençait par un bord brusque et irrégulier, au point où le périoste venait se rendre à la, et de là se prolongeait jusque vers la tête du radius, en conservant à peu près toute son épaisseur et en formant à l'os une espèce de gaîne enveloppée de tous parts par le périoste, qui, loin d'être mince et adhérent, comme au bras, était épais, lisse à sa face interne, et se séparait avec tant de facilité, qu'une légère traction sur le radius a suffi pour le détacher entièrement de cet os. Alors on vu plus facilement la gaîne osseuse que l'on pouvait séparer facilement de l'os, en enlever par petites portions. Son tissu était formé de fibres longitudinales, exprimé, il devenait mat, dur et cassant. L'os, au-dessous, présentait l'aspect et la consistance d'un os sain. La partie inférieure du cubitus et l'articulation du poignet étaient parfaitement saines.

La jambe droite ne présentait, à l'extérieur, rien de remarquable ; mais une incision profonde, faite à la partie interne du genou, a donné issue à deux cuillerées de pus épais, couleur de lie de vin inodore.

Le foyer purulent existait à la partie supérieure du tibia, dont il baignait les faces postérieure et interne ; il était borné à la partie interne par un adhérence du périoste, et à la partie externe par le ligament interosseux. Décollement de l'épiphyse, dénudation de l'os, comme ci-dessus.

A la partie inférieure du tibia, on trouva un abcès, avec des altérations tout-à-fait semblables aux précédentes, qu'il est inutile d'en répéter la description. La raison de ce double accès aux deux extrémités du même os, la production osseuse anormale formait une gaîne occupant seulement la partie moyenne de l'os, entre les deux abcès, se terminant en haut et en bas par deux bourrelets, dont le supérieur était plus saillant que l'inférieur. Le périoste la recouvrait partout, et se trouvait dans les mêmes conditions que celui qui a été décrit en parlant du radius.

Un abcès tout à fait semblable a été découvert autour de la partie supérieure du tibia gauche ; il était moins vaste, et ne contenait qu'une demi-cuillerée de pus, couleur de lie de vin, comme le précédent.

Au reste, même décollement du périoste, même production osseuse, mais en peu moins abondante ; même séparation de l'épiphyse. La partie inférieure du tibia ne présentait pas d'abcès comme à l'autre jambe : le périoste n'y était pas épaissi, et adhérait par des fibres cellulaires qu'on ne pouvait rompre que par une traction assez forte, comme dans l'état sain. L'épiphyse n'était pas décollée, mais il suffit d'un effort très faible pour disjoindre les deux surfaces, qui étaient rugueuses, sèches, et d'un rouge foncé.

Dans le bassin, il existait un abcès placé au-devant du sacrum, à sa partie supérieure et gauche, et qui laissa écouler du pus blanc et bien lié. En parcourant les parois de cet abcès, on reconnut que toute la partie gauche de la première vertèbre sacrée était dénudée de son périoste, que l'éminence épiphysaire gauche de cette vertèbre était séparée du reste de l'os par une division dont les surfaces étaient rugueuses, grisâtres ; que le foyer communiquait d'une part avec l'articulation lombo-sacrée, dont le fibro-cartilage était détruit dans toute sa partie moyenne, et de l'autre, avec l'articulation sacro-iliaque, dont les cartilages

t également détruits, d'où il résultait que les faces articulaires étaient très au toucher.

s deux branches de l'ischion, la postérieure était séparée de son cartilage, petite quantité de pus en baignait l'extrémité. L'antérieure était encore au cartilage; mais il a suffi d'une légère traction pour la décoller; il n'y point d'abcès sous ce point-là. L'os tout entier s'est séparé de son périoste ne facilité extrême.

elques traces d'inflammation dans l'estomac et l'intestin grêle.

poumons étaient crépitants; dans toute l'étendue de leur surface, on trou- es points noirs légèrement saillants, dont le plus large avait le diamètre pièce de vingt sous. *La substance pulmonaire au-dessous de ces points était ouge très foncé, compacte, et ne contenait pas d'air.* Cette altération pénétrait rofondeur de quatre ou cinq lignes. Les noyaux altérés étaient séparés de stance saine du poumon, par une ligne de démarcation très tranchée, et au e environ de vingt pour chacun de ces organes.

petite quantité de sang pur et liquide est contenue dans le péricarde. oir dans toutes les cavités du cœur et de l'aorte.

veines crurales et iliaques présentent de loin en loin de petits points et es filaments membraniformes; leur surface interne, lisse et polie, est d'un foncé.

vant Valleix, il est vraisemblable que les abcès des membres et du bassin is à une altération des os occasionnée par la maladie syphilitique. Cela utant plus probable que l'enfant offrait en même temps l'induration que lobulaire des poumons, signalée par M. Depaul (1) comme un des ères possibles de la syphilis congénitale. Quant aux productions osseuses es dans cette observation, il les considère comme autant d'exemples de que Lobstein a nommées *ostéophyte diffus*. Leur formation a été très , et à cette occasion, Valleix dit que dans un cas de céphalématome il élever du jour au lendemain un bourrelet osseux d'une ligne et demie uteur. Mais ce bourrelet était-il bien réellement de nature osseuse? ne dit pas qu'il s'en soit assuré ultérieurement par la dissection.

ci d'autres faits empruntés à M. Foucher.

RVATION XVI. — *Décollement de l'épiphyse supérieure du radius.* — Le 21 mai n m'apporta à l'Hôtel-Dieu un jeune enfant de dix-huit mois. Il y a quel- ours, cet enfant faisant une chute, la mère le saisit par la main gauche, et cette époque il accuse dans ses mouvements, ou quand on lui prend la de vives douleurs.

examinant le membre, je ne trouve à l'extérieur ni gonflement ni défor- ; je puis lui imprimer des mouvements en tous sens, mais avec précau- ans déterminer de douleur, sans constater de mobilité anormale ni de tion. L'enfant me donne avec autant de facilité la main du côté supposé que celle de l'autre côté. Je crois avoir affaire à une simple contusion du

endant la douleur persiste, et le lendemain je procède à un nouvel exa- il n'y a, comme la veille, ni difformité ni gonflement du membre. J'im- des mouvements sans déterminer de douleur, mais en saisissant et fixant a main droite l'extrémité supérieure du radius, et en imprimant avec la

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1853, t. XVII, p. 503.

gauche des mouvements de rotation à l'extrémité inférieure, je puis me convaincre que ces mouvements ne sont point communiqués à l'extrémité supérieure, qu'ils se passent à quelques centimètres au-dessous, et qu'au point où ils ont lieu existe une crépitation obscure, ou mieux un frottement présentant les caractères de deux surfaces cartilagineuses frottant l'une contre l'autre (1).

Observation XVII. — *Disjonction de l'épiphyse humérale supérieure par action musculaire. — Large décollement du périoste. — Suppuration. — Mort.* — Vincent (Léontine), âgée de treize ans, brodeuse, entre le 26 janvier 1855 à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau).

Cette jeune fille, bien constituée, habituellement bien portante, était occupée à détacher de la muraille un métier à broder situé au-dessus de sa tête, lorsqu'elle ressentit subitement un craquement suivi d'une vive douleur dans l'épaule gauche. La malade continua à broder malgré la douleur qu'elle éprouvait; le lendemain, les mouvements furent plus douloureux, et bientôt impossibles. Quelques jours plus tard, l'épaule fut tuméfiée et rouge; la fièvre se déclara, et le 26 janvier, on constatait l'état suivant : tuméfaction considérable de l'épaule et du bras gauche, avec une peau d'un rouge pâle uniforme; l'empâtement paraît occuper toute l'épaisseur du membre; chaleur vive dans parties malades, douleur aiguë à la moindre pression, pas de déformation ni de mobilité anormales, pas de raccourcissement ni d'allongement, pas de fluctuation, mouvements impossibles, fièvre. On prescrit quinze sangsues, cataplasmes émollients. Le 30 janvier, une incision pratiquée à la face externe du bras, donne issue à une grande quantité de pus, et l'on pénètre dans un vaste foyer profond.

Le gonflement diminua, mais la suppuration continua, et successivement plusieurs trajets fistuleux s'établirent; on constata que l'extrémité supérieure de l'humérus était nécrosée. Cependant la diarrhée survint et tous les accidents de la fièvre hectique; la malade expira le 9 mars.

L'autopsie permit de constater l'existence d'un vaste foyer purulent, occupant le creux de l'aisselle et limité par le deltoïde et le grand pectoral. Au fond du foyer, on trouve l'humérus dont la tête a été séparée du corps au niveau de l'union de l'épiphyse. La surface de la solution de continuité, du côté de l'épiphyse, est concave, recouverte d'une couche osseuse assez épaisse, et reçoit l'extrémité du fragment diaphysaire, qui est convexe. Le fragment épiphysaire, espèce de calotte hémisphérique, est appliqué contre la cavité glénoïde par les muscles qui s'y insèrent et par la capsule articulaire. Le fragment diaphysaire est nécrosé dans son tiers supérieur, et déjà commençait le travail d'élimination. Le périoste se continuant avec l'épiphyse est décollé dans l'étendue de la moitié de la diaphyse (2).

Cette observation me paraît établir que l'action musculaire seule peut séparer l'épiphyse humérale supérieure, même à un âge assez avancé, et quand on songe au mode d'insertion des muscles de l'épaule, on remarquera qu'aucune autre région n'est aussi bien disposée pour favoriser ce mécanisme. Du reste, il ne s'agit pas ici d'un simple décollement, mais bien d'une véritable fracture épiphysaire. Enfin l'étendue du décollement périostique me paraît avoir été la cause ici des accidents qui ont fini par entraîner la mort.

Observation XVIII. — *Décollement épiphysaire de la cinquième vertèbre cervicale.*

(1) Foucher, *loc. cit.*

(2) Foucher, *id.*, *id.*

et fracture de la clavicule produite dans l'accouchement. — La femme Lefort ésente à la maison d'accouchement le 4 mars 1853, âgée de vingt-quatre elle compte déjà deux accouchements et deux fausses couches. Sa taille est aucoup inférieure à la moyenne, ses jambes sont difformes, surtout la gauche, it avec la cuisse un angle considérable à sinus externe.

bassin, mesuré par le toucher, présente 0,091 de la symphyse à l'angle -vertébral, lequel est assez souvent atteint par le doigt indicateur.

te femme est arrivée au terme de sa grossesse après un travail de vingt- e heures, la poche se rompt spontanément, et l'on reconnaît une présenta- e l'épaule. La dilatation était suffisante pour permettre l'introduction de la on opère la version qui présente les plus grandes difficultés. L'extraction tête surtout est excessivement pénible. Les tractions, quoique faites mé- uement par des mains habiles et exercées, ont été telles qu'on a dû prévoir rtaines fractures s'étaient produites.

utopsie a été pratiquée vingt-quatre heures après la mort. La clavicule e est brisée; les fragments ont chevauché l'un sur l'autre; de telle sorte fragment interne est au-dessus de l'externe. Les fragments sont taillés de haut et de dehors en dedans; il résulte de cette fracture une mobilité e du bras gauche.

cinquième vertèbre cervicale est fracturée, ou plutôt il y a en ce point ment des épiphyses. La partie auriculaire supérieure et les deux apo- s articulaires supérieures sont restées en rapport avec la quatrième ver- cervicale; mais le corps de la vertèbre a été violemment arraché de son se, et est descendu de façon qu'on voit à la région cervicale antérieure, es muscles longs, un épanchement de sang qui fuse vers la poitrine sans étrer, et au-dessous une décroissance complète du ligament vertébral ur et un écartement d'environ un centimètre existant entre le corps et yse supérieure de la cinquième vertèbre; il n'y a pas en ce point rupture dure-mère, ni des artères vertébrales; quelques veines seules ont été es; en ouvrant le canal rachidien en arrière, on ne peut pas soupçonner la qui existe en avant.

onstate une lésion non moins grave au niveau du trou occipital. C'est la transversale de la dure-mère en arrière, au point où, de rachidienne, elle céphalique. Un épanchement de sang existe au niveau du tissu fibreux ne des ligaments altoïdo et axoïdo-occipitaux postérieurs.

oelle a été tiraillée en ce point, et c'est sans doute cette lésion qui a été immédiatement mortelle. Il y a le long du canal rachidien du sang é entre la dure-mère et les os. Il n'y a point d'épanchement dans la séreuse. Le cerveau n'est pas ramolli et ne présente aucune lésion able (1).

résumé, on peut admettre les conclusions suivantes par lesquelles se e le mémoire de M. Foucher :

'épiphyse peut se séparer de la diaphyse, soit traumatiquement, soit ément (et dans ce dernier cas le décollement épiphysaire n'est qu'un omène survenant dans le cours d'autres affections, de celles du e, et en particulier de ces vastes abcès sous-périostiques si bien décrits hassaignac).

de la Société de chirurgie, 1860.

2° La disjonction épiphysaire traumatique est d'autant plus duire, toutes choses égales d'ailleurs, que l'enfant est plus jeune.

3° Le lieu de la séparation de l'épiphyse et de la diaphyse varie et la cause. Sous ce rapport, il y a trois points d'élection : 1° l couche chondroïde et de la couche spongoïde ; 2° l'union de la c goïde et du tissu spongieux ; 3° le tissu spongieux lui-même.

4° Quel que soit le siége de la lésion, elle se rattache toujours p aux solutions de continuité, aux fractures, et par le mécanisme duction, elle se rapproche des luxations.

5° C'est, en effet, l'exagération de certains mouvements qui efficiente la plus ordinaire des disjonctions épiphysaires. L'action n'a qu'une influence secondaire.

6° La surface de la solution de continuité est alternativement concave, et le périoste est largement décollé sur la diaphyse.

7° Des disjonctions, les unes sont intra-articulaires, les autre culaires, considération importante au point de vue du pronostic.

LIVRE XXIII.

DES MALADIES DES ARTICULATIONS.

CHAPITRE PREMIER.

DES VICES DE CONFORMATION ARTICULAIRE.

Les articulations du squelette présentent un grand nombre d congénitales qu'on désigne sous le nom de *vices de conformation* On doit les diviser en quatre groupes :

1° Vices de conformation par ankylose ;

2° Vices de conformation par diastase ;

3° Vices de conformation par absence d'une portion ou d d'un os ;

4° Vices de conformation avec déviations ou luxations.

Les trois premiers groupes renferment des anomalies contre chirurgie est impuissante et qu'il est inutile d'étudier ici ; je seulement des vices de conformation avec déviations ou luxations

§ I. — Des vices de conformation des articulations avec ou luxations.

Avant d'examiner les caractères propres à ces vices de conform diverses articulations du squelette, j'indiquerai rapidement l'é physiologie pathologique des anomalies congénitales articulaires.

Causes.

ucoup de théories ont été imaginées pour expliquer les difformités arti-
es. Si quelques-unes de ces théories sont spécieuses, le plus grand
re repose sur des faits sanctionnés par l'expérience ; toutefois aucune
n'est applicable à tous les cas si variés que l'observation nous révèle.
s énumérer les causes dont l'action a été bien constatée, et j'assignerai
e à chacune de ces causes l'importance qu'il est permis de leur recon-
dans l'état actuel de la science.

érédité doit figurer en première ligne dans ces considérations étiologi-
ur les difformités articulaires : elle s'exerce d'une génération à celle qui
immédiatement, et, dans des cas rares, à la seconde. L'existence des
le conformation héréditaires trouve son explication dans l'organisation
rdiale vicieuse des germes. *Un trouble survenu dans le travail de for-*
a peut déterminer quelques vices de conformation congénitaux des arti-
ns : l'embryologie apprend que, dans l'état embryonnaire du squelette,
mbre et la position des points osseux primitifs sont déterminés bien
l'époque de la formation osseuse ; si l'un des points fait défaut, la por-
os qui doit plus tard lui correspondre manquera ; si l'un de ces points
re rudimentaire, il y aura arrêt de développement.

maladies fœtales semblent jouer un grand rôle dans les vices de con-
ion articulaire. On ne peut pas douter de l'influence des affections arti-
s se déclarant pendant la vie fœtale sur les difformités congénitales des
ations : il n'y a rien effectivement d'étonnant à concevoir que le gon-
du tissu adipeux cotyloïdien des tumeurs blanches, des hydarthroses,
luisant dans le cours de la vie fœtale, amènent des luxations congénitales
iculations correspondantes. D'autres maladies fœtales ont été invoquées
xprimer les difformités articulaires ; ce sont : les maladies du squelette,
ourcissement des ligaments ou des aponévroses ; la rétraction des mus-
s pressions opérées sur le corps du fœtus, les attitudes vicieuses de
i.

maladies du squelette s'observent sur le tronc et sur les extrémités
eures et inférieures, et peuvent engendrer des déviations diverses après
ation de la vie intra-utérine.

aponévroses, par leur brièveté primitive ou consécutive, peuvent déter-
la conformation vicieuse de certaines parties du fœtus ; nous en dirons
de la brièveté primitive ou consécutive des *ligaments*, qui peut pro-
des déviations congénitales articulaires.

muscles sont souvent raccourcis près des articulations mal conformées ;
re, les muscles dont la longueur est moindre sont surtout ceux dont
trémités sont rapprochées par suite du changement de place des leviers
doivent mouvoir : ce fait d'observation anatomique, après avoir suscité

diverses théories, nous semble avoir reçu une excellente
M. J. Guérin. Ce médecin pense que la cause principale des
formation congénitaux des articulations, c'est la rétraction
muscles, se montrant chez le fœtus sous l'influence d'une lés
nerveux. D'après M. Guérin, la rétraction peut affecter u
muscles, elle peut siéger sur les muscles de toute une région
peut arrêter un mouvement ou une série de mouvements. L
traction, les insertions musculaires sont rapprochées, les levie
muscles sont déplacés : ainsi se produisent les déviations, les
contre les os, ou contre leurs ligaments, les luxations et subl
les degrés. Une fois produite, la rétraction musculaire persis
degré (contracture de M. J. Guérin), le muscle est rouge, fer
mineux ; mais à la longue, la maladie progresse ; un deuxième de
J. Guérin) se montre caractérisé par l'atrophie et la transform
musculaires en tissu fibreux, cellulaire et graisseux.

Enfin je signalerai comme cause de conformation vicieuse d
les *pressions opérées sur le corps du fœtus et les attitude*
celui-ci : cette cause, à laquelle M. Cruveilhier (1) et M. Fe
accordé une importance trop grande, doit cependant, dans que
un rôle important dans la production des anomalies articulaire

En résumé, si les vices congénitaux de conformation artic
être produits par diverses causes, et s'ils surviennent quelque
arrive à en découvrir la raison, nous n'hésitons pas à avancer
mense majorité des cas, c'est à une lésion du système nerv
rétraction musculaire, qu'il faut en rapporter l'origine.

Physiologie pathologique.

Les difformités congénitales des articulations apportent de
modifications dans les fonctions de locomotion. Les articulatio
mobilité normale ; mais dans la plupart des cas, leurs fonctio
sent d'une façon plus ou moins complète. Si l'on examine
frappée de difformité, à côté de muscles paralysés, on voit des
acquis un développement considérable et qui parfois suppléé
n'existent pas ; autour d'une articulation immobile, on voit
les plus rapprochées acquérir des mouvements plus variés, e
ment constater que l'habitude de mouvements insolites don
une grande adresse pour faire usage de membres vicieux.

§ II. — Des vices de conformation étudiés dans les articulations.

On rencontre surtout ces difformités à la main et aux pied

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. I,

ions tibio-tarsienne et radio-carpienne. Elles sont beaucoup plus fré-
tes au pied, et c'est là que je vais d'abord les étudier.

s congénitaux des articulations tibio-tarsiennes et des os du pied (pieds bots).

signées sous le nom générique de *pied bot*, les déviations du pied sont
ses : 1° pied équin; 2° talus ; 3° varus ; 4° valgus.

Bonnet (de Lyon) (1) a proposé de réduire à deux classes les variétés
d bot : *pied bot poplité interne*, *pied bot poplité externe*, selon que ces
ions sont dues à la rétraction des muscles animés par les filets du nerf
ue poplité interne ou par les filets du nerf sciatique poplité externe.
classification, tout avantageuse qu'elle puisse paraître, n'étant pas géné-
nt admise, nous conserverons la division classique que nous venons de
onnaître tout à l'heure.

Anatomie pathologique.

Pied équin. Le pied est dans l'extension forcée, il ne touche le sol que
orteils ou l'extrémité antérieure des métatarsiens. Le principal mou-
t à lieu dans l'articulation tibio-tarsienne. La poulie astragalienne
sque sous-cutanée; sa partie postérieure touche seule les surfaces arti-
s du péroné et du tibia. L'extrémité postérieure du calcanéum se

pied existe à son degré le plus prononcé, le pied est fléchi au niveau de
gne qui sépare les deux rangées du tarse.
orme des os est à peine modifiée.
muscles gastro-cnémiens subissent quelquefois l'atrophie avec trans-
on celluleuse et graisseuse; ils sont raccourcis.

Talus. Le pied est dans la flexion forcée, il ne touche le sol que par le
e principal mouvement se passe dans l'articulation tibio-tarsienne.
gale est incomplétement luxé en arrière. Comme dans le pied équin, les
t à peine déformés; les gastro-cnémiens sont allongés et sujets à la
mation celluleuse et graisseuse.

Varus. Le déplacement a lieu dans les articulations médio-tarsiennes;
aractérisé par la déviation du pied en dedans, celui-ci appuie sur le sol
bord externe. Le scaphoïde se porte en dedans, puis en arrière; son
ité interne s'articule avec le calcanéum, quelquefois avec la malléole
e, le cuboïde est entraîné en arrière et en dedans. L'astragale et le
éum sont déviés de façon que la face inférieure du premier devient
e, et la face externe du second inférieur.

os s'atrophient en quelques points, augmentent de volume en d'autres.

(1) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, p. 491.

Soumis, comme dans les autres variétés, à l'atrophie et à celluleuse et graisseuse, les gastro-cnémiens sont tendus, allongés, le jambier antérieur est raccourci.

4° *Valgus*. Le déplacement siége dans les articulations m est caractérisé par la déviation du pied en dehors, le bor offre seul un point d'appui. Cette variété offre des dé inverses de ceux du varus, et des dispositions des muscles du varus. Les os peuvent aussi s'atrophier et s'hypertrophie

Les diverses déviations dont nous venons de donner la d se combiner entre elles, et produire l'équin varus, le var valgus, etc.

Symptômes.

1° *Pied équin* (*fig.* 43). Le pied est dans l'extension. courci, élevé. La face plantaire du pied est très concave et la face dorsale bombée regarde en avant; l'extrémité ant sol. Les orteils avant, leur face d en haut dans certa tres, elle repose s teils et les métatar gissent la partie ar La tête de l'astr sur le dos du pi même de l'extrém calcanéum. Les m de la jambe sont t est gênée.

Fig. 43.

Fig. 44.

2° *Talus*. Peu est dans la flexion du pied regarde e plantaire en avan haut, le talon en bas. La partie postérieure de la poulie sentie en arrière de l'articulation tibio-tarsienne. Les musc la jambe sont tendus et raccourcis. La progression est pénib

3° *Varus* (*fig.* 44). Le pied dévié en dedans est très dé pied forme avec celui de la jambe un angle droit dirigé en dorsale du pied regarde en dedans; concave, la face inférieu arrière. Les orteils regardent en dedans, le talon un peu éle normale. Le bord interne du pied est dirigé en haut, le bord sur le sol. Sur la face dorsale du pied, le toucher fait recona la tête de l'astragale; sur le bord externe on sent la malléo

mité cuboïdienne du calcanéum qui sont très saillantes. Les péroniers llongés, tandis que les muscles jambiers, les -cnémiens, les muscles et l'aponévrose plantaire étractés.

e variété du pied bot, peu développée au début vie, augmente souvent d'intensité lorsque le au-né commence à marcher.

Valgus (*fig.* 45). La plus rare de toutes les ès du pied bot. Le pied est dévié en dehors : lu pied forme avec celui de la jambe un angle en dehors ; la face dorsale est dirigée en avant, plantaire, moins concave en arrière, le bord e en haut, le bord interne convexe repose sur le sol. Les jambiers sont ès, et les péroniers rétractés.

Fig. 45.

Diagnostic.

pied bot ne peut être confondu avec aucune maladie ; le chirurgien près d'un enfant atteint de cette infirmité, devra diagnostiquer la va- d'anomalie qui lui sera présentée.

Pronostic.

ice de conformation n'altère en rien la santé des enfants qui en sont s ; il gêne plus ou moins la progression ; au-dessus des ressources de ez l'adulte, il peut souvent être guéri chez l'enfant.

Traitement.

raitement à opposer au pied bot est curatif ou palliatif.

Traitement curatif. Le but de ce traitement est de restituer à l'articu- mal conformée sa forme et ses fonctions en lui rendant ses rapports ux : ce but peut être atteint à l'aide de moyens mécaniques d'une part, l'autre, à l'aide de la section des tendons et des muscles.

moyens mécaniques sont les appareils movibles, les attelles, coussins, es, etc., les appareils inamovibles : le plâtre coulé, les bandes dextri- tc. Ils doivent être appliqués régulièrement, d'une manière continue et lle. Pour en obtenir de bons résultats, le chirurgien doit en continuer , d'après le précepte d'Andry, jusqu'à l'exagération de la situation e des os déplacés.

moyens mécaniques ont pour résultat d'allonger les tissus fibreux et laires, de modifier la forme des os ; ils agissent d'autant mieux que t est plus jeune, que le vice congénital est moins prononcé. Ils peuvent re des douleurs vives, des érysipèles, la gangrène, de la fièvre, des ions.

ction des tendons et des muscles, des ligaments et des aponévroses

rétractés. La méthode sous-cutanée permet aux tissus fil de reprendre leur étendue normale ; elle est applicable a sance et dans les premières années de la vie ; elle constit plus souvent bénigne.

Dans les cas où la déformation du pied sera légère, employer les moyens mécaniques. Si la déformation est hardiment à la ténotomie. En raison de la faiblesse et de veau-né, quelques chirurgiens ont formulé le précepte d jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, époque où le travai accompli, et ils conseillent d'attendre ce moment en faisa palliatifs. D'autres opèrent dans le premier mois de la nai vent bien, car alors on a beaucoup plus de facilité pour a place les appareils contentifs qu'on met en usage après l' ou quatre ans, les enfants sont d'une indocilité qu'on vaincre, et si l'on quitte l'appareil, tout le bénéfice de l' Pour mon compte, je suis d'avis d'opérer dans les deux pr

Dans le pied bot équin, la section devra porter sur l dans le varus, ce tendon devra encore être incisé. Dans qui passent dans l'articulation tibio-tarsienne seront inc l'incision sera faite sur les muscles péroniers. Si le pied enroulé par suite de la rétraction de l'aponévrose plantair vrose qui sera attaquée par le ténotome. Après l'opération sont maintenus dans une position telle que les deux p puissent se réunir que par l'interposition d'un tissu interm sa longueur.

B. *Traitement palliatif.* Il consiste à empêcher la diff en maintenant le pied avec des bottines et en évitant d jeunes enfants.

Vices de conformation congénitaux des articulations de la

Bien plus rare que les déviations du pied, les vices con peuvent être ainsi divisés :

1° Main bot équin ; 2° main bot talus ; 3° main bot valgus.

Ces déviations congénitales sont ainsi caractérisées : par le déplacement du carpe en arrière, c'est-à-dire par l main bot talus, par le déplacement du carpe en avant qu forcée. Les mains bots varus et valgus se reconnaissent main en sens inverse du déplacement.

Le chirurgien devra suivre les mêmes principes que pied bot : la section des tendons et aponévroses rétr lorsque l'enfant aura acquis toutes ses dents ; le traitem ployé jusqu'à l'époque où sera pratiquée la ténotomie.

ces de conformation congénitaux des articulations autres que la main et le pied.

difformités sont si rares, les observations qui en font mention sont plupart si incomplètes, que nous devons les passer sous silence.

CHAPITRE II.

DE L'ENTORSE.

unes enfants qui commencent à marcher et que l'on tient par la main, réquentes entorses qu'il est souvent difficile de reconnaître et que j'ai ndre avec des luxations ou des fractures.

orse la plus commune s'observe au poignet, puis au coude, à l'épaule uefois à l'articulation tibio-tarsienne.

nne la main à un jeune enfant qui tombe, ou que l'on veut aider à un ruisseau et on le soutient ou on l'enlève en tirant sur son bras; ulte souvent une entorse. Celle du pied se produit par un pas mal ui fait tourner le pied.

ôt, une vive douleur ayant pour siége l'articulation froissée, se fait lle arrache des cris et des pleurs aux enfants, elle les empêche de le membre blessé, et elle augmente beaucoup par la pression. Les nolles augmentent de volume, sans changer de couleur, et il est rare n épanchement sanguin se produire dans leur épaisseur. Nulle montre nature, *nulle crépitation* n'existent dans cette circonstance, ce nt toute idée de fracture ou de décollement épiphysaire.

remiers phénomènes persistent pendant un ou deux jours, sans occale fièvre; puis les accidents disparaissent graduellement et tout rentre aturel, s'il ne vient pas de complication de nature à empêcher la résoi mal.

quelques circonstances, chez les sujets prédisposés, lymphatiques ou ux, l'entorse passe à l'état chronique, et, au lieu de se résoudre, l'ent persiste, les parties molles s'indurent et forment une *tumeur* dont la durée est fort longue et la guérison bien difficile.

orse est toujours plus grave chez les enfants que chez les grandes es, à cause de la prédominance du tempérament lymphatique chez jeunes sujets, prédominance qui peut plus facilement qu'à toute autre de la vie, favoriser le développement des tumeurs blanches.

torse doit toujours être traitée par l'immobilité de la jointure malade, ications résolutives d'eau froide, d'eau de-vie camphrée, d'extrait de , et par la compression méthodiquement pratiquée.

ques chirurgiens ont recours aux applications de sangsues, c'est une l'il faut éviter avec soin, car elle a pour résultat l'affaiblissement des

jeunes enfants lymphatiques, et elle favorise le passage de l'e chronique. Quelques personnes emploient des bandages inam but d'avoir une immobilité plus complète, ce qui est d'une mau et ce qui conduit à l'engorgement articulaire chronique et à la fa

Il suffit, comme je le fais habituellement dans l'entorse ré une douce compression de la jointure malade, avec une bande r gnée de liquide résolutif, et de renouveler l'appareil tous les jo d'ailleurs de maintenir ces parties dans l'immobilité, par le re s'agit d'une entorse du membre inférieur, et par la fixation sur poitrine, si l'entorse occupe une des articulations du membre s

Dans le cas d'entorse ancienne avec engorgement des parties articulaires, des frictions résolutives, des bains salés à haute d térisations superficielles, avec un stylet rougi au feu ou avec d ceaux d'amadou brûlés sur la peau, sont, avec les antiscrofuleux médication la plus convenable.

CHAPITRE III.

DE L'ARTHRITE.

Les inflammations articulaires, quelle qu'en soit la nature, s les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Elles paraissent séquence du rhumatisme aigu, de la fièvre puerpérale de la mè Lorain), de la diathèse syphilitique et de la diathèse purulente. sont encore peu nombreux et il serait difficile de les utiliser p description complète de cet état morbide. Je vais rapporter pl observations dont quelques-unes appartiennent à M. Treilhard d

Observation I. — *Rhumatisme poly-articulaire aigu; guérison* fant de cinq mois, ayant une otorrhée sans accidents fébriles, ment malade et présenta successivement des douleurs vives av d'abord dans les pieds, ensuite dans les genoux. Cette douleur était la pression et par les mouvements du membre, ce dont on pouvai cris du malade ; il n'y avait point de rougeur à la peau, et le co ne présenta point de troubles fonctionnels.

Il n'y eut aucun accident gastrique ou pulmonaire. — La fiè modérée, le pouls ne s'éleva pas plus haut que 130 pulsations.

Au bout de huit jours, le gonflement des pieds disparut, et la se calmer ; mais ces accidents restèrent fixés dans les genoux pe Ils disparurent enfin sous l'influence des applications locales narc péfiantes, le datura stramonium en cataplasmes.

Observation II. — *Rhumatisme mono-articulaire; mort.* — U de quinze jours fut atteint de *rhumatisme mono-articulaire* de l'épa

Cette maladie devint rapidement mortelle ; elle se développa a constances fort extraordinaires. La mère, récemment accouchée, fluence puerpérale épidémique très grave du moment ; elle avait

e avec arthrite suppurée du genou. L'enfant allaité par elle tomba malade, a le sein, et eut de la diarrhée avec ictère, de la fièvre ; son épaule gauche être douloureuse, mais sans gonflement appréciable ; les mouvements nt impossibles, et, de même que la pression des doigts, causaient la plus douleur ; la mort survint au bout de quelques jours. On trouva l'articulation lo-humérale remplie de pus séreux rougeâtre, la séreuse fortement injectée os entièrement intacts. A part une rougeur légère dans le gros intestin, a muqueuse était un peu irritée, les autres organes ne présentaient aucune tion.

ERVATION III. — *Rhumatisme poly-articulaire; suppuration; mort.* — En- u sexe masculin, âgé de quatre jours ; endurcissement du tissu cellulaire embres et de la région dorsale. Bientôt, diarrhée, altération des traits de . L'enfant, entré le 28 avril, succomba dans les premiers jours de mai. ticulations coxo-fémorales droites, les deux fémoro-tibiales, la tibio-tar- gauche et la radio-carpienne du même côté étaient remplies de pus. Les car- étaient d'un jaune terne, sans aucune altération appréciable de leur tissu. au de la face dorsale de l'articulation radio-carpienne offrait une plaque

nt d'abcès dans les muscles ni dans les poumons, qui étaient seulement le d'un peu d'infiltration (engouement) à leur bord postérieur et à leur base ; s autres organes sains.

ERVATION IV. — *Diathèse purulente. — Arthrite métastatique.* — J.-B. , âgé de trois jours, fut apporté à l'infirmerie, le 20 août 1832, ayant la rouge sur les bords et une diarrhée verdâtre. Le 27, plaques de muguet a bouche, ulcération du frein de la langue ; mort le 29. Collections puru- miliaires, sous-pleurales, entourées d'une aréole violacée, disséminée çà r la surface des poumons ; les articulations coxo-fémorales et la fémoro- droite contiennent une synovie purulente rougeâtre ; la membrane ale est rouge, les cartilages sont d'un jaune terne. L'articulation scapulo- ale droite renferme un liquide séro-purulent et la gauche de véritable pus. ion purulente entre les muscles biceps, coraco-brachial et deltoïde ; la veine que qui traverse ce foyer est rouge et épaisse. Abcès enkysté près du gauche ; rien de notable dans l'encéphale et ses dépendances, vessie ement distendue par l'urine.

ERVATION V. — *Diathèse purulente. — Arthrite métastatique.* — Un en- meau du sexe masculin, âgé de six jours, est apporté le 16 septembre à l'infirmerie, et présente les symptômes suivants : langue rouge sur les , avec saillie des papilles, diarrhée verte, endurcissement du tissu cellu- u dos. L'amélioration de l'état de cet enfant est telle, le 18, qu'on le fait r aux nourrices sédentaires. Le 27 du même mois, il rentre à l'infirmerie, rougeur intense de la membrane muqueuse buccale, qui était parsemée de es de muguet ; la diarrhée verte avait reparu, et le marasme se prononçait. ymptômes s'accrurent, et l'enfant mourut le 17 octobre. Marasme très pro- , eschare au sacrum avec dénudation des os. Ulcération arrondie à la partie me du coude gauche, dont le fond communique avec l'articulation ; carti- d'une teinte jaunâtre. L'épiphyse inférieure de l'humérus est détachée de Foyer purulent sous le scapulum et le muscle grand dorsal ; le grand den- et le sous-scapulaire sont détruits. Les veines n'offrent aucune trace d'in- mation ; l'articulation fémoro-tibiale gauche contient du pus ; les cartilag

sont intacts. L'articulation coxo-fémorale droite communique par un trajet fis-
leux avec une collection purulente, qui existait dans la fosse iliaque du côté
muscles iliaques et psoas sont détruits ; encéphale et ses dépendances
at sain ; poumons engoués à leur partie postérieure ; thymus tuméfié
oche remplie de pus. Muguet de la bouche et de l'œsophage, rougeur
artiel de l'estomac ; friabilité de la membrane muqueuse dans la partie
supe e de l'intestin grêle, tuméfaction des plaques de Peyer ; vessie distendue
par une grande quantité d'urine.

M. Nélaton a vu plusieurs cas de ce genre et il attribue une grande influence à la fièvre puerpérale des mères, sur la production de ces arthrites purulentes : une fois sur un enfant de deux mois dont la mère avait été malade à la suite de ses couches vers le quinzième jour de la naissance, l'épaule s'est tuméfiée, et une collection de liquide s'était formée dans l'articulation.

Dans un autre c mère mourut de fièvre puerpérale, et au dix-huitième jou nante du genou qui fut ponctionnée, d'où il sortit du pus, et qui finit par guérir sans ankylose au bout de deux mois.

D'après ce chirurgien, il faut ouvrir à temps ces collections purulentes par simple ponction, transformer l'ouverture en trajet fistuleux, et c'est le meilleur moyen de les r.

Voilà on ne peut en e grouper d'une manière définitive, et que je il fallait me ncer, le premier au rhumatisme arti- le à la fi puerpérale, aux arthrites métastatiques i ft s les cas de résorption purulente. Il vaut mieux attendre de nouvelles observations pour éclairer ce point de la science.

A ce sujet je vais parler de deux exemples de coxalgie du fœtus, accompagnée de luxation congénitale, qui ont été observés par M. Morel-Lavallée. Ce sont des faits qui en attendent encore d'autres avant de recevoir leur véritable signification.

Les deux enfants présentaient les signes d'une coxalgie très ancienne et presque identique. Dans les deux cas, extension de la cuisse, flexion légère du genou, longueur normale du membre, direction naturelle du pied, mobilité extrêmement exagérée du fémur, dont la tête se promène sur tous les points d'une large zone autour du cotyle, sans crépitation. Dans les deux cas constitution chétive, épistaxis ultime. Dans tous deux, abcès phlegmoneux énorme de la hanche, embrassant entre les deux branches d'un prolongement supérieur bifurqué l'os des îles, dont il recouvre ainsi la face externe et la face interne, et occupant par un appendice inférieur une grande partie de la longueur de la cuisse ; dans tous deux, la capsule et le bourrelet ne sont représentés que par des débris, le ligament rond que par un rudiment cotyloïdien, la tête fémorale que par son tiers externe, l'acétabulum que par une cavité superficielle, dont les trois pièces constitutives sont morbides et dont deux sont

s, les deux mêmes; enfin, dans les deux cas, il y avait luxation e en dehors par refoulement. Les deux pièces anatomiques se ressem- t tellement, qu'en examinant la seconde, le conservateur du musée tren a cru reconnaître la première.

lésion remontait-elle bien réellement à la vie fœtale? C'est un point qui s même été l'objet d'un doute pour les personnes qui ont vu les pièces, mi lesquelles je citerai MM. Velpeau, Bouvier Danyau. Cette opinion mes compétents vaut une démonstration, parce qu'elle est le résultat de e appréciation des faits. Effectivement, ces enfants avaient l'un six et onze jours quand la manifestation extérieure de l'affection était à son um.

il admissible que le début de cette affection soit postérieur à la nais- et qu'elle ait atteint en aussi peu de temps un développement qu'elle t rarement chez l'adulte en plusieurs mois, et que, dans les deux cas, jours aient suffi à produire de graves désordres révélés par l'autopsie: estruction presque complète de la capsule chez l'un des petits malades, orme dilatation chez l'autre, la carie du cotyle et sa déformation, et ent de ses trois pièces, que cet isolement soit dû à un défaut de réu- à une disjonction par destruction du cartilage d'ossification destiné à der entre elles? Mais l'état si rudimentaire du ligament rond et de la norale, ne serait-il pas un argument décisif en faveur de l'existence térine de la coxalgie? En effet, il faut choisir entre les deux hypothèses es: ou il y avait une articulation mal formée que l'inflammation a e; ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa forma- sque-là régulière, par une maladie qui en a entravé l'évolution. Or, on pas l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une ation, tandis que l'on comprend l'influence d'une coxalgie sur l'arrêt loppement.

dans ces deux faits, jusqu'à la constitution misérable des deux enfants, ele une atteinte profonde et de longue date, tout force à placer le début aladie en deçà de la naissance, et même à une époque assez reculée.

— il maintenant poser en principe que les luxations congénitales du fémur nent toutes par une coxalgie ou par une hydarthrose, par une maladie ire? Cela ne ressort pas des faits connus. Il y a des anomalies articu- ui semblent pouvoir ne s'attribuer qu'à un dérangement complet des urelles de la formation des organes. C'est ainsi qu'on peut expliquer le senté à la Société biologique, dans lequel on vit une épaule où les sur- iculaires étaient renversées : la tête était sur le scapulum, et la cavité n bourrelet glénoïdien sur l'humérus. De telles anomalies ne sont pas d'une maladie, et Vrolik en a rencontré d'aussi bizarres à la hanche; e sont là des exceptions extrêmement rares.

ces deux faits M. Morel-Lavallée a cru devoir conclure que :

La coxalgie existe chez le fœtus.

Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez
a produit une nouvelle espèce de luxation : *directement en dehors*
3° Des cas plus obscurs où il n'y avait que du pus en petite
s'éclairent par les précédents et se rangent à côté d'eux.
4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé avec la luxation qu'une dé
la capsule et une légère augmentation de la synovie l'hydarthrose a
le déplacement.
5° Les cas de luxation avec hypertrophie du peloton adipeux coty
rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la ca
l'accumulation du liquide av hassé la tête ; ou bien en même tem
synovie augmentée repous a tête, le gonflement simultané d
graisseux concourait au ut.
6° En dernière anal ation congénitale du fémur recum
ralement pour cau tion de la hanche chez le fœtus,
arthrite, hydarthro
Tous ces faits, je e dire en terminant, sont trop peu nomb
autoriser à écrire ire des maladies articulaires du nouveau-né
borne à les en en attendant de nouvelles observations.

CHAPITRE IV.

DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

Si le rhumatisme articulaire proprement dit est rare chez le no
il est plus commun dans la seconde enfance, et là il présente, comm
comme symptômes et comme terminaison, la plus grande analog
rhumatisme articulaire de l'adulte.

Le rhumatisme est une inflammation diathésique du tissu fibro-s
articulations et des viscères.

Il s'observe à l'état *aigu*, et rarement dans l'enfance à l'état c
Sur trente observations que j'ai recueillies depuis quelques années,
vingt-huit de rhumatisme aigu et deux de rhumatisme chronique.

C'est une maladie qu'on n'observe guère qu'à partir de cinq o
beaucoup plus ordinairement chez les garçons que chez les filles,
celles-ci m'en aient offert de nombreux exemples. Elle est quelque
ditaire, et se montre à plusieurs reprises chez le même enfant. Ell
loppe spontanément, sans cause appréciable, ou sous l'influence du

Le rhumatisme articulaire aigu succède quelquefois à la variole,
rare, et aux grandes opérations chirurgicales; mais alors, c'est p
thrite causée par la résorption purulente que du rhumatisme. On v
comme je l'ai dit plus haut, la maladie éclater chez les nouveau
cours des épidémies de fièvre puerpérale, avec ou sans coïncide
puerpérale chez la mère. Ce sont là des arthrites spéciales, com

d'après les observations que j'ai publiées plus haut, et d'après les faits de Treilhard de la Terrisse, de M. Lorain, etc.

e rhumatisme se développe aussi vers la fin de quelques cas de scar-e. J'en ai vu plusieurs exemples. Alors, malgré la coexistence des deux dies, l'affection articulaire, généralisée dans un grand nombre de join-s, a suivi la marche du rhumatisme articulaire simple. Une fois, j'ai vu humatisme suppurer, donner lieu à un phlegmon diffus de la cuisse et ner la mort.

SERVATION. — *Scarlatine. — Rhumatisme suppuré. — Œdème. — Phlegmon*. — *Mort.* — Jung (Sophie), sept ans, entrée le 10 juillet 1860.

s parents se portent bien. Il est mort trois enfants du croup, de la poitrine edème. Il en reste un de quatorze mois, qui a la poitrine grasse, un de e ans, bien portant et celle-ci.

lle-ci s'est toujours bien portée. Elle n'avait jamais fait de maladies, quand deux mois, elle eut une fièvre éruptive, que l'on pense avoir été une *scar-*. Il n'y eut pas de flux nasal ou oculaire, un peu de toux seulement, pas uleurs lombaires. La langue était assez rouge, il n'y avait pas de mal de . L'éruption avait disparu, et il se faisait une desquamation par lambeaux d'une ue appréciable, lorsque l'enfant sortit pour la première fois. Tout allait bien; trois semaines après l'éruption elle fut prise de vives douleurs dans le gauche, qui s'enflamma et devint rouge luisant; puis les jointures des res inférieurs et le coude droit se prirent successivement et rapidement. ôt un œdème considérable envahit les jambes, au dire des parents. Il n'y a s eu de douleur cardiaque ni précordiale, jamais l'enfant ne s'est plaint de ments du cœur.

tuellement l'enfant redoute le moindre contact, dont l'appréhension lui fait er des cris aigus. Elle est extrêmement pâle, mange peu, est très dégoûtée. is trois semaines elle a quatre à cinq selles en diarrhée par jour. Elle tousse s trois semaines seulement. L'haleine est acide, la salive rougit le tournesol la bouche est remplie de muguet. L'enfant demande à chaque instant des nts, mais elle repousse tout ce qu'on lui présente à l'exception du lait. Soif sante.

edème est douloureux, plus prononcé au membre inférieur gauche qu'au La maigreur est excessive. L'examen n'est pas possible, la malade pous-les cris aigus quand on approche la main de son corps. L'auscultation n'est ossible.

s son entrée elle est véritablement agonisante, et meurt le 13 juillet au .

topsie le 14 juillet.

crâne n'est pas ouvert.

s *poumons* ne renferment pas de tubercules ; ils n'offrent rien à noter, ils ne as adhérents.

péricarde renferme une petite quantité de sérosité limpide. Pas de péricar-i d'albumine. Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire. Le ven-e gauche, considérablement hypertrophié, a des parois dont l'épaisseur varie à 20 millimètres. La cavité ventriculaire droite est presque effacée. Pas ration des orifices ni des gros vaisseaux. Caillots fibrineux, survenus par eur.

domen. — Rien à noter, sauf l'augmentation de volume des ganglions mé-riques.

supérieurs. — Ils sont très amaigris, comme le tronc lui-même [illegible] dématiés.

épaules n'ont pas d'altérations.

coudes offrent en arrière une saillie fluctuante manifeste. Ces [illegible] renferment une grande quantité de pus. Les synoviales articulaires [illegible] chirées, ont livré passage au liquide purulent, qui est allé disséquer les [illegible] musculaires du triceps, ainsi que celles de l'avant-bras, et forme au-dessus [illegible] dessous de l'articulation de larges clapiers.

Les mouvements imprimés sur le cadavre donnaient une sensation de [illegible] ment rude, et qui était dû à la dénudation des extrémités osseuses. Les [illegible] lages ne revêtaient plus les surfaces articulaires, qui recouvraient [illegible] fausses membranes blanch[illegible] sant fournir du pus concret, peu [illegible] rentes, friables, constit[illegible] des cartilages altérés.

Membres inférieurs. — [illegible] œdématiés; le gauche l'est plus [illegible] le droit. La peau qui les [illegible]

L'incision des tégum[illegible] le révèle l'existence d'un vaste phleg- mon diffus s'étendant [illegible] émité du membre. Le tissu cellulaire sous-cutané, cons[illegible] infiltré d'une énorme quantité de pus demi-concret. [illegible] tissu noir, sphacélé et sanguinolent. Les muscles [illegible] le pus, mais de sérosité.

Dans le m[illegible] ur droit, [illegible] simplement un œdème considérable, sans phlegmon [illegible] ppuration du tissu cellulaire.

Articulations [illegible] *norales.* — Celle [illegible] gauche offre à son niveau un gonfle- ment considérable. Leur incision semi-l[illegible] naire, pratiquée en arrière du grand trochanter, permet de luxer la cuisse. Issue d'une énorme quantité de pus, provenant originairement de la cavité articulaire, dont la synoviale et les capsules perforées lui ont permis de se répandre dans les tissus environnants, où il s'est créé un vaste foyer, qui se continue avec les désordres du phlegmon diffus ci-dessus mentionné.

Les cartilages ont disparu. Les surfaces osseuses articulaires sont à nu; le ligament rond est détruit.

Mêmes altérations dans l'articulation de la hanche gauche et les tissus qui l'environnent, mais moins étendues.

Le rhumatisme articulaire de l'enfance occupe, *tantôt une* articulation, ce qui est très rare, car je n'en ai vu qu'un seul exemple, *tantôt plusieurs* articulations, et forme le rhumatisme *mono-orticulaire* ou le rhumatisme *poly-articulaire.*

Il débute par une fièvre plus ou moins forte avec de la courbature, quelques malaises et de l'inappétence. Viennent ensuite quelques douleurs articulaires; mais quelquefois ce sont les douleurs qui paraissent avant tout autre phénomène morbide.

Les douleurs commencent, soit au genou, soit au pied, soit dans les orteils ou dans les doigts. Elles envahissent la hanche, les épaules, le coude ou les poignets et les articulations du cou. Elles durent un ou deux jours dans une articulation, puis se déplacent et se fixent momentanément sur une autre. C'est là leur caractère, et leur mobilité en révèle aussitôt la nature. Elles sont accompagnées d'un gonflement plus ou moins considérable, qui se voit surtout aux orteils, aux genoux et sur les doigts. Il est causé par un épanchement de

sité articulaire, et dans le genou cet épanchement va quelquefois jusqu'à larthrose. La rotule est alors soulevée des condyles du fémur, et on l'y retomber par un choc un peu brusque.

vec le gonflement existe quelquefois une faible rougeur de la peau, qui t visible que sur les articulations endolories des doigts.

ans cet état, et quand la maladie s'est ainsi généralisée, les enfants ne vent bouger; tous les mouvements sont très douloureux; le poids des cou- ures devient insupportable, et on ne peut les toucher sans leur faire jeter cris aigus. Il y a une fièvre vive; le pouls est fort, large, fréquent, régu- de 110 à 140 pulsations; mais dans quelques cas, au contraire, la réac- fébrile est molle, et le pouls, peu fréquent, dépressible, ne s'élève pas au de 90 pulsations. C'est toujours une chose fâcheuse, car le rhumatisme ulaire *subaigu* est infiniment plus difficile à guérir que l'autre.

peau est plus ou moins chaude, sèche d'abord, halitueuse et moite au u et à la fin de la maladie.

s urines, d'abord rares, deviennent chaque jour plus abondantes, et sont gées d'une grande quantité de sels, comme dans toutes les maladies aiguës.

ns le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance, la maladie s'étend quel- is au tissu fibro-séreux du cœur, des poumons et du cerveau. Les batte- s du cœur sont plus fréquents que de coutume, la circulation est gênée, et uffle plus ou moins marqué de l'orifice aortique annonce une *endocar- humatismale* avec lésion de l'orifice de l'aorte. Chez quelques enfants, plus rarement, il se fait de la *pleurésie*, de la *péricardite*, qu'on recon- s premiers jours à un léger frottement de la région précordiale, qui est u plus tard remplacé par une matité plus ou moins étendue. Je ne sais si déjà observé dans l'enfance la migration du rhumatisme sur les ménin- comme chez l'adulte, ce qui entraîne un violent délire, promptement le mort, mais je n'en ai pas vu d'exemples. On peut donc considérer *matisme cérébral* comme très rare dans la seconde enfance.

rhumatisme articulaire aigu dure de six à quinze jours environ, pour la le d'activité des douleurs, puis les mouvements deviennent plus faciles; geur et le gonflement disparaissent; il reste un peu de roideur, et la disparaît graduellement. Alors l'appétit revient, avec l'appétit les forces, iberté entière des mouvements. Une fois guéri, ce peut être pour tou- mais, comme toutes les diathèses, il est sujet à *récidive*. J'ai vu plu- s enfants être repris de nouveau au bout de deux ou trois ans et davan- c'est-à-dire d'un temps variable.

uand le rhumatisme est *mono-articulaire*, il occupe ordinairement un seul es deux genoux, plus rarement l'épaule; la maladie est plus longue, plus cile à guérir. Dans le genou, il en résulte d'abord une *hydarthrose*, et à tard, quelquefois, une arthrite chronique avec ankylose et rétraction de mbe, ou une tumeur blanche.

Dans quelques cas rares, le rhumatisme articulaire aigu, poly-articulaire,

passe à l'*état chronique*. J'en ai vu deux exemples. L'un d'eux [illegible] fort remarquable. La jeune fille, malade depuis six mois déjà, fut [illegible] dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie. La plupart des articulations tu[illegible]fiées étaient à demi ankylosées. Les épaules, les coudes volumineux, les p[illegible]gnets, les doigts déformés pouvaient à peine se mouvoir. Les cuisses [illegible] fléchies sur le bassin, les jambes sur la cuisse et les pieds immobiles sur [illegible] jambe. Le cou était roide et les genoux tuméfiés comme de véritables tumeurs blanches. Toutes ces jointures encore douloureuses ne pouvaient être remuées sans douleur, ce qui rendait horriblement pénible la situation de l'enfant. [illegible] bout de quelques mois, elle sortit de l'hôpital à peine améliorée.

Le rhumatisme aigu polyarticulaire est moins grave que le rhumatisme mono-articulaire, car il passe moins aisément à l'état chronique. Il guérit presque toujours bien et n'a de gravité que lorsqu'il se jette sur le cœur pour y déposer le germe d'une maladie organique ultérieure, telle que l'hypertrophie ou une altération valvulaire. Sa gravité est en rapport avec [illegible] complications intérieures, lorsque l'affection articulaire se complique de rhumatisme pleural ou cérébral. Dans ce dernier cas, la maladie est presque toujours mortelle.

Le rhumatisme aigu mono-articulaire est ordinairement plus grave. [illegible] rarement simple, sa nature le rapproche de celle de l'arthrite. Il dépend souvent d'un autre état général tel qu'une suppuration cachée, la variole ou la scarlatine. Dans ces cas, le rhumatisme peut guérir, mais il se termine assez souvent par la suppuration et la mort, ou par ankylose et tumeur blanche incurables.

Chez les enfants qui succombent à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu simple, ce qui est rare, on trouve dans les articulations malades une injection vasculaire assez forte du tissu fibreux et de la synoviale dont le poli a diminué et dont la quantité de synovie est plus considérable. Celle-ci est jaunâtre, épaisse, transparente, mêlée de quelques grumeaux albumineux, ne renferme jamais de pus visible à l'œil. Quelquefois cependant, en cherchant bien dans les dépôts de la synovie, on découvre, au microscope, quelques globules du pus qui permettent de dire que le rhumatisme s'est terminé par suppuration. Outre le fait de la mort qui est rare, celui de cette suppuration est encore plus rare et ne repose que sur la présence de quelques cellules de pus à peine appréciables.

Le rhumatisme mono-articulaire qui dépend d'une autre maladie générale se termine beaucoup plus souvent par suppuration et alors le microscope n'est plus nécessaire pour découvrir le pus. La jointure en est remplie, et il suffit d'une incision pour donner passage à un liquide blanchâtre plus ou moins épais, caractéristique.

Traitement.

Le rhumatisme articulaire aigu peut être guéri en quelques jours s'il est convenablement traité. Trois à huit jours peuvent suffire dans la grande

té des cas si la maladie est simple, sans complication d'état général er ou de rhumatisme viscéral.

enfants doivent être mis au régime du bouillon et du lait coupé avec isane de chiendent, de bourrache, de limonade ou de groseille à leur

articulations doivent être frottées d'un mélange d'huile et de laudanum es égales, et recouvertes de coton avec un taffetas gommé.

maladie enfin doit être en elle-même attaquée par deux spécifiques erts, l'un par M. Briquet, et l'autre par MM. Magendie et Piédagnel. mier est le *sulfate de quinine*, et l'autre la *vératrine*. Ils manquent efois leur action, mais cela est rare.

ulfate de quinine a l'inconvénient de coûter très cher et on le donne à de 50 centigrammes à 1 gramme le premier jour, de 1 grammes 50 ième jour, de 2 grammes le troisième jour, et on continue à la même moins que de la surdité, de forts tintements d'oreille n'empêchent de er.

ératrine se donne de la façon suivante :

Vératrine	5 centigrammes.
Extrait thébaïque.....	5 centigrammes.

ur 10 pilules argentées.

x pilules le premier jour, trois le second, quatre le troisième, cinq le me et ainsi de suite en augmentant d'une chaque jour à moins que des s et des vomissements ne forcent d'interrompre. Toutefois on peut es coliques à l'aide de lavements émollients donnés tous les matins.

e ces deux médications, je préfère celle par la vératrine, car j'ai un très nombre d'observations qui prouvent son efficacité et dans lesquelles la n a toujours été obtenue en trois, six et huit jours.

nt aux autres médications du rhumatisme articulaire aigu par les s, par les sangsues, le nitrate de potasse, l'opium, la poudre de Dower, t, etc., elles n'ont aucun avantage chez les enfants.

humatisme articulaire chronique doit être traité par la teinture de col- e, dix à vingt gouttes par jour, 10 à 15 milligrammes de vératrine, des sulfureux, les eaux de Baréges, de Cauterets, les bains d'air chaud, les et les douches de vapeur, les frictions sèches et le massage, enfin l'iodure tassium à la dose de 25, 50 centigrammes et 1 gramme par jour.

Aphorismes.

0. Le rhumatisme est une diathèse inflammatoire localisée sur le tissu -séreux.

1. Il y a un rhumatisme articulaire, un rhumatisme cardiaque, un rhu- me cérébral et un rhumatisme pleuro-pulmonaire.

352. Chez les enfants le rhumatisme occupe ordinairement plu culations, et si la maladie est simple sans complication, elle guérit a

353. Il y a un rhumatisme mono-articulaire qui est très danger de sa longue durée et de sa terminaison fréquente par suppuration.

354. Le rhumatisme de l'enfance est quelquefois associé à un général de variole, de scarlatine, de typhus puerpéral, qui le rend cause des suppurations articulaires.

355. Le rhumatisme du cerveau, de la plèvre et du cœur ne s presque jamais autrement que comme complications du rhumatis laire.

356. Des douleurs fébriles avec gonflement et quelquefois r articulations, passant de l'une à l'autre en quelques jours, cas rhumatisme articulaire.

357. Le rhumatisme chronique est très rare chez les enfants.

358. On guérit très rapidement le rhumatisme articulaire aig par le sulfate de quinine et mieux encore par la vératrine.

LIVRE XXIV.

DES MALADIES DES DOIGTS.

---

§ I. — De l'adhérence des doigts.

L'adhérence congénitale d'un ou de plusieurs doigts de la main s'observe quelquefois chez les nouveau-nés. Il en résulte pour la difformité fâcheuse et qu'il faut essayer de guérir. Au pied, cel d'importance et l'on peut ne pas s'en occuper.

Les adhérences des doigts sont osseuses ou charnues. Les adhére nues sont les plus fréquentes, elles affectent un ou plusieurs doigts, ou la totalité de l'espace interdigitaire. Les adhérences charnues d divisées avec le bistouri et les ciseaux. En cas d'adhérence osseuse d'abord la peau avec un bistouri, puis on termine la séparation ave très fine faite avec un ressort de montre.

Le pansement consécutif est ce qu'il y a de plus important. Il do avec beaucoup de soin pour éviter la reproduction de l'adhérence. doivent être isolés au moyen de bandelettes de linge enduit de cérat lard ; et ensuite, de petites compresses, à cheval sur l'angle de sépa doigts, relevées sur le dos et la paume de la main, fixées au poign bracelet, empêchent la cicatrisation de se faire d'une façon vicieuse.

§ II. — Des doigts surnuméraires.

es doigts incomplets, mal formés, existent souvent surajoutés, régulièrc- ou irrégulièrement, aux autres doigts de la main. C'est surtout sur le cubital de la main que cette difformité se rencontre. On l'observe moins ent du côté du pouce.

s doigts sont quelquefois placés sur le même rang que les autres, tenant métacarpien isolé, ou, au contraire, ils sont hors ligne et adhèrent aux ges ou aux métacarpiens du voisinage.

s doigts surnuméraires, bien conformés et placés sur la même ligne que atres, doivent être respectés. Les doigts incomplets, irrégulièrement s, exigent une extirpation immédiate, dans les premiers jours qui suivent ssance. Cette opération se pratique avec le bistouri. Au moyen d'une on demi-circulaire de la peau, sur la base du doigt à enlever, on pénètre 'articulation, et après avoir luxé l'appendice, on termine en formant un ambeau suffisant pour recouvrir la plaie. Une bandelette de diachylon s parties en contact, et on recouvre le tout avec de la charpie, du linge bande. Au bout de trois jours la plaie est cicatrisée, et jamais aucun nt ne vient compliquer cette opération.

§ III. — Des engorgements digitaires.

onne le nom d'*engorgements digitaires* aux engorgements chroniques muns sur les doigts et les orteils des jeunes enfants.

engorgements existent, soit autour des articulations, soit autour des pha- Les doigts sont renflés comme des fuseaux, la peau est rouge, livide, Le tissu cellulaire et le tissu fibreux sont indurés. Une ulcération grise talité existe souvent sur le nodus, et persiste indéfiniment sans trop dir ni s'excaver. Les os et les articulations restent dans une intégrité e.

engorgements résultent d'engelures ou de contusions et de blessures des mais il y a une cause générale dont il ne faut pas méconnaître l'exis- et qui préside à leur développement. Cette cause est la scrofule. Les ements digitaires ne sont, à mes yeux, qu'une forme des scrofulides es.

a souvent confondu les engorgements digitaires avec les tumeurs blan- es doigts et les caries des phalanges. C'est une erreur. Dans la plupart s, ni les os ni les articulations ne sont malades, et les doigts amputés sentent qu'un simple gonflement du périoste et du tissu cellulaire envi- nt.

engorgements durent très longtemps, mais guérissent bien, si les os articulations ne s'enflamment pas.

es antiscorbutiques et les antiscrofuleux à l'intérieur, les
rées à l'extérieur, les bains salés, locaux et généraux, de pet
de feu avec l'extrémité mousse d'un stylet rougi à la flamme, un b
de l'exercice, le séjour à la campagne, suffisent pour guérir cette

§ IV. — De l'éléphantiasis congénital des doigts.

On trouve quelquefois sur les doigts une tumeur qui en occ
circonférence, et qui, datant de la naissance, suit dans son accr
développement général des malades. MM. Gosselin, Verneuil et B
signalé des exemples. Ces tumeurs peuvent être multiples et occup
doigts. Elles sont sans changement de couleur à la peau qui est i
dans un cas soumis à mon observation, on aurait dit avoir sous
véritable lipome. Leur surface est lisse et la peau tendue est très
tissu sous-jacent, qui est mobile autour de l'os. La peau ne paral
et au-dessous d'elle il y a une masse de tissu cellulaire adipeux. C
sont constituées par une hypertrophie de la peau et du tissu cel
cutané. Elles n'ont aucun autre inconvénient que celui de gêner
ments de la main et du pied, et il faut les resserrer tant que les
tourmentent point pour qu'on les débarrasse. La compression ave
de caoutchouc, des incisions le long du doigt, suivies de compres
dique, ou l'amputation sont les seuls moyens auxquels il faille rec

---

LIVRE XXV.

DE LA CROISSANCE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES D

La croissance de l'homme est le résultat de la même impulsi
donné l'existence. C'est un phénomène qu'une force inconnue,
phose, un des trois attributs *de la vie*, soutient et dirige vers un
miné (1).

Née dans la fécondation, cette force s'empare de la cellule qui
germe humain, et ne la quittera plus. Elle préexiste à son effet c
les forces de la nature, et elle varie suivant les races, le temps,
lieux. La matière lui obéit servilement, tant qu'une autre force
pas troubler. Alors, amoindrie ou neutralisée dans son action, l
ment et la forme de l'homme en souffrent, ce qui devrait être

(1) E. Bouchut, *Leçons sur la vie et ses attributs*, 1859.

à gauche, le blanc passe au noir, ce qui est toujours droit se courbe, ées ordinairement séparées se réunissent, et on en voit de réunies aient au contraire rester séparées. Depuis la moins apparente difforsqu'aux troubles les plus complets du développement et de l'accroistout est possible quand la force qui dirige la forme des êtres, la *phose*, vient à être gênée dans son action.

s neuf mois d'un travail intra-utérin, cette force vient au dehors avec eau-né, pour continuer son œuvre, à l'air, à la lumière, au milieu s nouveaux et variés, ayant désormais pour auxiliaire la puissance limentation nouvelle, jusqu'alors inconnue.

moment, le corps est achevé dans ses contours, et dans son ensemble général, les vices de conformation ne sont plus à redouter, c'est désor- longueur et en largeur que doit s'effectuer la croissance, et cela, des lois encore peu connues, qu'il est très important de rechercher.

Buffon est le premier qui ait défrayé la voie, et il en a laissé un ma- témoignage dans son tableau de l'accroissement d'un jeune homme venue. Quetelet a imité l'exemple de notre grand naturaliste, et par de ux calculs, savamment disposés, dans son travail de pure statistique, il nnaître ou à peu près la loi de l'accroissement physiologique depuis la e jusqu'à la puberté. Des médecins auraient pu s'emparer de ces faits mettre en lumière et pour éclairer la pathologie, mais, à l'exception ques rares travaux, parmi lesquels je citerai ceux de Duchamp (1) et ard (de Nancy), la science est restée muette sur ce point.

recherches publiées dans les précédentes éditions de cet ouvrage sont hui encore ce qu'il y a de plus complet sur la question. Un travail a ndant publié en 1860 par M. Reguier (2), mais l'auteur n'ayant pas ention de lire ce qui avait été écrit avant lui n'a fait que reproduire un ombre d'observations insignifiantes, où le défaut de précision nuit aux ions. Ainsi, ce médecin considère comme produites par la *croissance* le de maladies observées pendant l'accroissement, absolument comme s on attribuait à la dentition toutes les maladies développées dans le l'évolution des dents. C'est un défaut d'observation qui nuit beau- 'importance de ce travail et qui lui enlève toute la portée sérieuse qu'il u avoir.

oissance de l'homme, quoique très variable et entravée par un grand d'influences, telles que la température, la localité, le régime, le vie, la maladie, la fièvre, etc., s'accomplit cependant d'une façon gulière, ainsi que je vais le montrer. J'étudierai ensuite l'*influence adies sur la croissance*, et réciproquement, l'*influence de la crois- le développement des maladies*. Ainsi : 1° de l'accroissement dans

(1) *Maladies de croissance*, 1823.

(2) *Des maladies de croissance*. Thèse inaugurale. Paris, 1860, n° 113.

t physiologique; 2° de l'influence des maladies sur la croissance; 3
croissance sur le développement des maladies.

1° De l'accroissement dans l'état physiologique.

La croissance est très rapide dans les premiers temps de la vie; d
ralentit peu à peu et finit par devenir à peine appréciable vers l'âge de
à vingt-cinq ans.

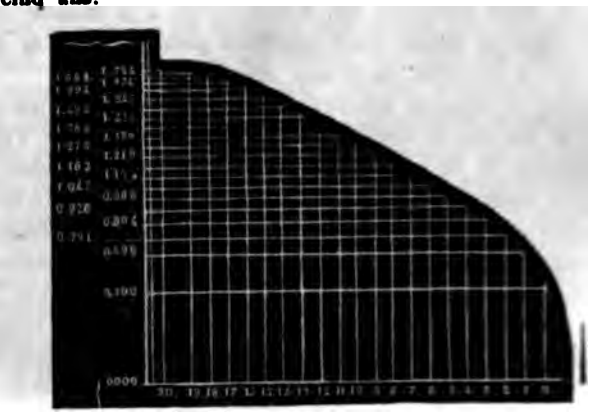


Fig. 46.

On peut voir (fig. 46) comment se fait l'accroissement aux différents
Cette figure (1) indique exactement, année par année, de la naissance
adulte, quelle est *la taille moyenne* dans une population qu'on s
atteindre, *en moyenne*, à son complet développement une taille de 1m,61
limètres, soit 5 pieds 2 pouces.

Les chiffres de la rangée inférieure indiquent l'âge, et la ligne qui
de chacun de ces chiffres en se recourbant montre à son extrémité
correspondante indiquée en millimètres.

Ainsi, à la naissance, l'enfant a en moyenne 490 millimètres (18 p
dans la première année, la croissance est environ de 2 décimètres (7
5 lignes), c'est-à-dire 1/16e de son accroissement total.

Dans la seconde année, elle est de moitié moins rapide.

De quatre à cinq ans, jusqu'à la puberté, elle n'est dans le même
de temps que d'environ 1/21e de l'accroissement total.

Le développement du corps en largeur et en épaisseur est au contra
lent dans les premières années de la vie que vers l'âge de quinze à vi
C'est vers quarante ans pour l'homme et vers cinquante ans pour la
que cet accroissement est le plus complet.

(1) Nysten, *Dictionnaire de médecine*, 11e édition, par Littré et Robin. Pari
p. 382.

elgique de nombreuses observations ont été faites pour apprécier les de la croissance. On les doit à Quetelet (1). Je vais en donner le mais il est inutile de dire qu'on ne doit pas conclure rigoureuse- s résultats de Bruxelles à l'existence de pareils résultats dans Paris ou ute autre localité. *Hæc scripsi sub sole romano*, s'écriait Baglivi, ant à ses lecteurs; il avait raison, et, ici, en moins bons termes, ons la même chose, afin qu'on ne tire pas de conclusions trop abso- recherches qui seraient seulement approximatives, si on les vérifiait us.

nante enfants mâles ont été mesurés au moment de la naissance ; ils se comme il suit :

Enfants ayant de 16 à 17 pouces.	2 garçons.	4 filles.	Total. 6
17 à 18	8	19	48
18 à 19	28	18	46
19 à 20	12	8	20
20 à 21	»	1	1
	50	50	100

	Garçons.		Filles.	
Maximum	19 pouces	8 lignes et	20 pouces	6 lignes.
Minimum	16	2	16	2
Moyenne	18	5 3/5es	18	1 14/25es.

Ce qui donne : 0m,4999 pour les garçons.
— 0m,4896 pour les filles.

ulte une différence de taille de 1 centimètre en plus pour les garçons ent de la naissance.

ème différence existe dans les âges suivants, ainsi qu'on le pourra s le tableau suivant, fait par MM. Delemer, Feigniaux, Guiette et h :

1 jour	0,500	0,490	0,010
1 an	0,698	»	»
2 ans	0,796	0,780	0,016
3 ans	0,867	0,853	0,014
4 ans	0,930	0,913	0,017
5 ans	0,986	0,978	0,008
6 ans	1,045	1,035	0,010
7 ans	»	1,091	»
8 ans	1,160	1,154	0,006
9 ans	1,221	1,205	0,016
10 ans	1,280	1,256	0,024
11 ans	1,334	1,286	0,048

(1) *Annales d'hygiène publique*, Paris, 1831, t. VI, p. 89.

12 ans	1,385	1,340	0,011
13 ans	1,431	1,417	0,011
14 ans	1,489	1,475	0,011
15 ans	1,549	1,496	0,053
16 ans	1,600	1,518	0,082
17 ans	1,640	1,553	0,087
18 ans	»	1,564	»
19 ans	1,665	1,570	0,095
20 ans	»	1,574	»
Croissance terminée	1,684	1,579	0,105

A seize ou dix-sept ans, la croissance des filles est donc relativ presque aussi avancée que celle des jeunes garçons à dix-huit ou dix-ne et l'on voit aussi que de cinq à quinze ans la croissance est pour e 52 millimètres, tandis qu'elle est de 56 millimètres pour les garçons.

M. Quetelet a établi d'après ses calculs la loi de croissance des hab *Bruxelles* :

1° La croissance la plus rapide a médiatement lieu après la naissanc fant, dans l'espace d'un an, croît d'environ 2 décimètres.

2° La croissance de l'enfant diminue à mesure que son âge augmente vers l'âge de quatre ou cinq ans, époque à laquelle il atteint le mi de la vie probable : ainsi, pendant la seconde année qui suit la nai l'accroissement n'est que la moitié de ce qu'il était la première, et pe troisième année, le tiers environ.

3° A partir de quatre à cinq ans, l'accroissement de la taille devie près régulier jusque vers seize ans, c'est-à-dire jusqu'après l'âge de la pu et l'accroissement annuel est d'environ 56 millimètres.

4° Après l'âge de la puberté, la taille continue encore à croître, m blement ; ainsi, de seize à dix-sept ans, elle croît de 4 centimètres ; d deux années qui suivent, elle croît de 2 centimètres et demi seulem

5° La croissance totale de l'homme ne paraît pas encore terminée à cinq ans.

C'est en étudiant aussi la croissance sur l'habitant des villes et des c gnes qu'il a vu la taille du citadin s'élever au-dessus de celle du paysan telet confirme à cet égard les résultats de Villermé (1) exprimés d paroles :

La taille des hommes devient d'autant plus haute, et leur croissance s' d'autant plus vite que, toutes choses étant égales d'ailleurs, le pays e riche, l'aisance plus générale ; que les logements, les vêtements, et sur nourriture sont meilleurs, et que les peines, les fatigues, les privations vées dans l'enfance et la jeunesse sont moins grandes. En d'autres term

(1) *Mémoire sur la taille de l'homme en France* (*Annales d'hygiène* Paris. t. I, p. 331).

c'est-à-dire les circonstances qui l'accompagnent, produit les petites
t retarde l'époque du développement complet du corps.
oissance se termine ordinairement à dix-neuf ou vingt ans; elle se pro-
uelquefois jusqu'à vingt-cinq ans.
est modifiée par les localités autant que par les climats. Le développe-
: la taille s'arrête plus rapidement dans les pays très chauds et dans
très froids que dans la température modérée, dans les plaines basses
les hautes montagnes où le climat est plus rigoureux. On dit aussi que
de vie influe encore sur la croissance, et que des individus ont acquis
loppement considérable en hauteur après avoir modifié leur genre de
ait usage des aliments humides.
res recherches sur la croissance particulière des différentes parties du
nt été entreprises par Joerg, Ténon (1), Wenzel et Richard (de Nancy).
t donné des résultats assez curieux pour mériter une place dans ce
:.

Accroissement de la tête.

De 1 jour à 1 an.	Diamètre longitudinal..	4 pouces	1/2 à 5 1/2.
—	— transverse....	3 —	1/2 à 5.
—	— oblique.....	5 —	à 6.
A 7 ans.....	— longitudinal..	6 —	4 lignes.
—	— transverse....	5 —	

Longueur du tronc.

De 1 jour à 9 mois..... 2 pouces 1/2,

Longueur de la poitrine, du sternum au creux de l'estomac.

A 1 jour.....	8 pouces à 13 ou 14.
A 9 mois.....	3 —
De 2 à 4 ans.....	4 —
De 4 à 7 ans.....	5 —

Circonférence de la poitrine à sa base.

A 1 jour.....	13 pouces.
A 1 an.....	17 —
A 5 ans.....	19 —
A 7 ans.....	19 —

Longueur du ventre.

A 1 jour.....	4 pouces.
A 1 an.....	6 —
A 2 ans.....	7 —
A 4 ans.....	8 —
A 6 ans.....	9 —
A 7 ans.....	9 — 1/2.

nales d'hygiène, 1833, t. X, p. 27.

Accroissement des membres supérieurs.

De 1 jour à 9 mois.....	8 à 11 pouces.
A 7 ans.....	8 —

Accroissement des membres inférieurs.

De 1 jour à 9 mois	de 8 pouces à 12.
A 7 ans.....	19 —

Ces chiffres intéressants donnent une idée approximative du développement de la tête, du tronc et des membres pendant les premières années de la vie. Ils serviront, à défaut de tout autre document, comme la mesure propre à guider le médecin, dans son appréciation des modifications partielles de la croissance, causées par différentes maladies.

2° De l'influence des maladies sur la croissance.

Quelques maladies, peu nombreuses, arrêtent le développement de la taille; les autres, au contraire, l'accélèrent très notablement. Il faut faire attention à ne pas prendre pour arrêt de croissance, les modifications de la taille dont je vais parler.

L'arrêt de la taille, ou sa diminution, est apparente ou réelle. Ainsi, dans la courbature occasionnée par une grande fatigue, on observe constamment chez les jeunes sujets une diminution momentanée de la taille qui est le résultat de la fatigue et qui cesse après le repos. Un adolescent peut perdre de cette façon de 1 à 4 centimètres de hauteur. Des conscrits emploient fréquemment cette ruse pour échapper à l'impôt du sang; ils marchent et courent sans désemparer la veille et le matin du jour où l'on doit les mesurer avant ou après le tirage au sort, et ceux dont la taille approche des limites inférieures fixées par la loi, ayant perdu 1 ou 2 centimètres sont déclarés impropres au service. Buffon a raconté le plus extraordinaire des faits de ce genre. Il a été observé par Gueneau (de Montbelliard) sur son fils, le même dont Buffon a rapporté l'accroissement dans son tableau. Ce jeune homme de 5 pieds 9 pouces, après avoir passé une nuit au bal, avait perdu 18 bonnes lignes de sa taille et n'avait plus que 5 pieds 7 pouces 6 lignes faibles, diminution bien considérable que vingt-quatre heures de repos ont fait disparaître.

L'arrêt réel de la croissance est le résultat d'une seule maladie, qui a le sang pour siége et pour nom, *rachitisme*. C'est le fait qu'on indique, à l'exemple des médecins d'autrefois, en disant qu'un enfant est noué; c'est même là encore la dénomination vulgaire des embarras de croissance.

Dans cette maladie, ou plutôt dans cet état du sang causé par un régime peu approprié, les os sont profondément atteints dans leur nutrition moléculaire, insuffisants à porter la masse du corps, ramollis et douloureux, leur tissu s'altère et devient moins compacte, ils se courbent et s'écrasent jusqu'à ce que

général ayant disparu, de nouvelles couches osseuses développées à leur rieur et dans leur intérieur, soient venues les soutenir et les consolider. endant ce temps l'accroissement en longueur est presque entièrement sus- lu : de 7 à 18 centimètres qu'il devait être en un an, il se trouve réduit ou 3 au plus; la sortie des dents se trouve interrompue; les os du crâne, ieu de se rejoindre, s'emblent s'écarter; les fontanelles restent béantes tête prend un peu la forme de l'hydrocéphale. La colonne vertébrale line en avant et dessine en arrière une sorte de gibbosité dorso-lombaire. oitrine se déforme et s'aplatit latéralement pour recevoir l'empreinte des Les articulations enfin grossissent par le fait du gonflement des extrémités gieuses articulaires, d'où les *nœuds* des membres, et le nom de *nouure* donné à la maladie.

i mesuré beaucoup d'enfants affectés de cette maladie à divers degrés, et me convaincre de sa fâcheuse influence sur le développement du corps. r vingt garçons d'un à deux ans, affectés de rachitisme, la moyenne de le n'a été que de $0^m,734$, ce qui établit une différence de plus de 6 cen- es au-dessous de la moyenne ordinaire qui est de $0^m,796$.

r douze filles également âgées d'un à deux ans, la moyenne de la taille rouvée être de $0^m,717$, c'est-à-dire inférieure de près de 7 centimètres sous de la moyenne ordinaire $0^m,780$.

huit garçons de deux à trois ans, j'ai trouvé pour moyenne $0^m,823$, in- re de 4 centimètres à la moyenne physiologique, et sur cinq filles du âge, $0^m,819$, inférieure au chiffre moyen normal de $0^m,853$.

résultats intéressants ne doivent pas être considérés dans leur signifi- absolue, mais bien dans leur expression approximative, puisque ce sont yennes, c'est-à-dire des abstractions, tirées d'un nombre assez restreint rvations.

ignifient seulement que le rachitisme arrête momentanément la crois- mais pendant combien de temps peut-il agir, et de combien doit-il les proportions du corps? C'est ce que je n'ai pu encore déterminer, pas assez longtemps suivi les malades. Quand l'affection n'est pas bien risée et qu'une modification de régime la neutralise à propos, les enfants ouent rapidement, leur taille s'élance et reprend bientôt ce qui lui ait. Si, au contraire, faute de soins et de discernement, le rachitisme grands ravages, la guérison est plus lente, la croissance est pour long- ntravée, et chaque jour on voit des enfants qui conservent et qui con- nt toujours des traces plus ou moins évidentes de leur ancienne maladie. courts, trapus, la tête volumineuse, le menton porté en avant, les es un peu trop forts; ou bien ils sont difformes, la tête dans les épaules rément larges, le tronc rabougri et les membres tordus sur eux-mêmes. té de l'influence du rachitisme sur la croissance doit se placer l'in- du régime alimentaire mal approprié des enfants, qui, sans produire nent les altérations *rachitiques* des os, altère cependant la nutrition

générale et peut arrêter le développement de la taille. Le régime exclusif, qui conduit les enfants au rachitisme, suffirait, dit-on, à c la croissance, et, dit Quetelet, on a vu par une simple modification de et par la substitution d'aliments humides à l'usage prématuré des vi taille prendre un développement considérable. Je n'ai pas observé de ce genre, mais ils ne me semblent pas impossibles, ils ressortent implic de nos connaissances acquises sur la cause et les effets du rachitisme.

Certaines maladies scrofuleuses localisées agissent sur l'accroisse des parties qui leur servent de support. La maladie de Pott, outre la substances qu'elle fait éprouver à certaines vertèbres, nuit encore au d pement du reste de la colonne vertébrale. Toutes les tumeurs blanc enfants arrêtent plus ou moins longtemps le développement de s ce ne sont là que des détails de la grande question qui m ils je ne dois pas m'arrêter davantage.

Il y a donc qu'une seule affection susceptible d'entraver et de s la croissance générale des enfants, c'est le rachitisme. Il en est, au c un grand nombre d'autres qui agissent en sens inverse et qui l'activen façon quelquefois très surprenante. Ce sont les fièvres, les maladies a l'éclampsie.

Toutefois, il faut prendre garde de ne pas se tromper dans l'estimat croissance réelle des enfants pendant la durée des maladies. Il y a un d'erreur, non signalée jusqu'à ce jour, que mes recherches m'ont pe découvrir et qui peut facilement faire considérer comme *réelle* un sance tout à fait *apparente*. Je m'explique. On mesure un enfant le jo tombe malade, on le mesure quinze jours après, lorsqu'il se lève p première fois, et on trouve, je suppose, qu'il a grandi de 3 centimè lendemain ces 3 centimètres se trouvent réduits à 2, et le jour d'a 1 centimètre seulement qui reste définitivement acquis à la taille. Ce chiffre exprime la *croissance réelle* de l'enfant, tandis que l'autre n'i que la *croissance apparente*, celle que j'attribue au gonflement des ca intervertébraux et interarticulaires par le fait seul du repos au lit. Il n donc pas prendre, comme expression de la croissance réelle des enf différence de la taille qu'on observe au premier jour de la sortie d il faut attendre trois et quatre jours de marche pour avoir le chiffre de l'accroissement.

Cela dit, afin de montrer à combien d'erreurs un examen superficiel rait conduire, voyons quelle est la véritable influence des maladies f sur l'allongement du corps.

Mes observations ont été faites sur des enfants atteints d'éclamp méningite et de pseudo-méningite, de coqueluche, de pneumonie, de ro et de scarlatine.

Observation I. — *Éclampsie*. — Un garçon de trois ans, vingt

ie bonne santé habituelle et d'une bonne constitution, est tout à coup pris ie attaque d'éclampsie venue sans cause appréciable. On me fait appeler et je iesure à 0m,954 millimètres. L'attaque d'éclampsie dura trente-six heures e termina par la mort. La taille s'était allongée de 2 centimètres, elle por- 0m,876; en défalquant plus d'un centimètre pour ce que j'appelle la crois- ce apparente, il reste encore 7 à 8 millimètres d'accroissement réel en trente- heures, ce qui me paraît énorme.

)bservation II. — *Éclampsie.* — Une fille de quatre ans venait d'être ourée par ses parents, et sa taille était marquée sur un panneau d'apparte- it à 0m,92. Le soir même, après une indigestion, elle vomit et rend un lom- , elle a une convulsion assez intense, qui se prolonge dans la nuit, elle reste it trois jours, puis se lève bien rétablie. Elle mesurait 0m,93 1/2, c'est-à- 1 centimètre 1/2 de plus qu'avant l'accident. Deux jours après elle mesu- 93 centimètres, et au bout de huit jours 92 1/2 qui restaient définitivement. i fait donc une réduction de 1 centimètre pour la croissance apparente due repos, et 1/2 centimètre d'accroissement réel en trois jours à la suite d'une vulsion.

)bservation III. — *Pseudo-méningite.* — J'appelle pseudo-méningite ces adies aiguës de l'enfance qui simulent complétement le début de la ménin- , que l'on soigne comme telles, et qui guérissent sans avoir présenté autre se que les phénomènes fébriles, nerveux et intestinaux de la méningite.

La petite fille du médecin de Seine-Port, âgée de quatre ans, m'offrit les trou- s précurseurs de la méningite : tristesse, frayeurs subites, pleurs fréquents, mmeil troublé, perte d'appétit, vomissement, constipation, et enfin après huit dix jours fièvre intense que nulle lésion évidente ne pouvait expliquer. Je la tais comme étant affectée de méningite, par les sangsues aux oreilles et par alomel à dose fractionnée. Le grand-père de l'enfant vint, et sans me consulter préalable partagea mon opinion. Bref, l'enfant guérit en quinze jours. Je ais mesurée au début des accidents, elle portait 0m,92 centimètres. A sa mière levée, elle en mesurait 0m,96, qui se réduisirent les jours suivants 5, à 94, et définitivement à 93.

Elle avait donc acquis en quinze jours une croissance apparente de 3 cen- ètres, et l'accroissement réel ne fut que de 1 centimètre seulement.

Méningite. — Dans plusieurs cas de méningite terminée par la mort, j'ai constater des élongations de 2 et 3 centimètres chez les enfants, mais, ne vant pas faire à leur égard la réduction que la fatigue opère nécessaire- nt chez les sujets qui guérissent et qui marchent, je ne fais que mentionner observations.

l en est une cependant que je rapporterai brièvement et sans y attacher ucoup d'importance, parce qu'elle m'a été racontée par les parents et que ie puis me porter garant de son entière exactitude :

)bservation IV. — *Méningite.* — Marie Alavaine, fille de vingt ans, rue Tra- ie, 20, accidentellement sourde et muette, fort intelligente et très habile aux aux de couture, eut une fièvre cérébrale à l'âge de sept ans. Elle parlait et

entendait bien avant cette maladie. Lors de sa guérison, au bout de quinze jours, elle avait, selon ses parents, grandi de la moitié de la tête, c'est-à-dire de 10 à 12 centimètres, elle était muette, et progressivement ensuite elle devint sourde.

Observation V. — *Coqueluche.* — Une petite fille de six ans, atteinte de coqueluche, avait passé les premières semaines sans être trop fatiguée de la toux, mais dans la période convulsive, la fièvre se déclara et mit la malade au lit pendant trois jours. A la première levée de l'enfant, sa taille était allongée de 1 centimètre et demi.

Pneumonie; rougeole; scarlatine. — Je pourrais rapporter ici plusieurs observations analogues aux précédentes et relatives au développement de la [illegible] dans le cours de ces trois maladies aiguës. J'abrége en disant que ces [illegible] rien de spécial et qu'ils présentent tous, à divers degrés, ce même [illegible]e d'accroissement du corps ultérieurement réduit des deux tiers dans la convalescence.

Fièvre typhoïde. — Dans un cas de fièvre typhoïde assez intense, l'enfant qui avait 110,25 avant sa maladie avait acquis 113,25 à la fin de sa maladie pour retomber en quelques jours à 111,25.

Fièvre éphémère. — Voici un des cas qu'on pourrait appeler de l'ancienne dénomination de fièvre de croissance, s'il n'y a pas eu erreur dans les renseignements qui m'ont été donnés.

Observation VI. — Maria Daumalle, âgée de trois ans et demi, entrée le 10 juillet 1855, au n° 10, salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Elle a été vaccinée. Son père et sa mère sont bien portants. L'enfant a eu, à l'âge de huit mois, des convulsions, à la suite desquelles elle devint strabique (strabisme convergent de l'œil droit). Elle a eu des gourmes à la tête et des ganglions cervicaux engorgés; ces gourmes ont guéri plusieurs fois pour revenir ensuite. Non sujette à s'enrhumer; toujours constipée. Elle conserve, depuis son attaque de convulsion, un tremblement des doigts qui l'empêche de rien tenir. L'enfant est très forte, mais de petite taille. Avant-hier elle est prise de malaise, d'une soif grande, d'inappétence, d'une grande fréquence du pouls et de gonflement du visage. Le lendemain tout le corps est enflé. *Dans la nuit d'hier à aujourd'hui*, la mère affirme que son enfant a *grandi considérablement*, d'environ 2 décimètres; la robe qu'elle a mise avant-hier lui est aujourd'hui beaucoup trop courte. L'enfant a le crâne très développé; elle a beaucoup d'intelligence. Pas de convulsion ni délire depuis avant-hier, ni vomissement, ni diarrhée. L'enfant n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures; elle vient d'uriner peu abondamment.

11 juillet. L'enfant est très grasse, très développée, mais elle n'a pas traces d'œdème; sa langue est naturelle; pouls 72, ni toux, ni vomissement, ni diarrhée. Elle a de l'appétit et veut sans cesse se promener. On mesure sa taille 0m,90 centimètres. Les urines traitées par la chaleur et l'acide nitrique ne donnent aucun précipité.

Le 13 juillet, l'enfant ne présente plus rien de particulier, bon appétit, pas de diarrhée ni vomissement. Elle tousse un peu. La robe qu'elle avait avant l'acci-

et qu'on nous représente descend un peu au-dessous du genou, tandis le descendait au niveau des malléoles, ce qui fait une différence de 8 ou entimètres.

19 juillet, l'enfant sort sans avoir rien offert de particulier.

part l'exagération des commémoratifs qui m'ont été racontés par la mère ue je regrette de n'avoir pu contrôler, c'est là un fait intéressant à enre-er.

en que ces observations ne soient pas suffisantes et surtout assez nom-ses pour indiquer le rapport de la croissance et des maladies aiguës infan-elles fournissent déjà des renseignements certains sur quelques points, et ront, je crois, servir de point de départ à des recherches ultérieures.

n résumé, sous l'influence de l'éclampsie, de l'état fébrile simple et de ques maladies aiguës, la croissance des enfants paraît considérable, et l'al-ement de la taille s'étend de 1 à 3 ou 4 centimètres.

et accroissement est apparent; car, durant la convalescence et sous l'in-nce des jeux, de la marche et de la fatigue, la taille s'affaisse de nouveau, 1 ou 2 centimètres, de manière à réduire de deux tiers quelquefois ngation acquise pendant le repos de la maladie.

'accroissement réel de la taille des enfants pendant leurs maladies aiguës, donc être estimé à peu près au tiers de leur élongation apparente.

3° Influence de la croissance sur les maladies.

y a des maladies qui semblent être le résultat direct de la trop rapide ssance du corps.

ne tradition respectable, qui se perd dans un temps fort reculé et dont Richard (de Nancy) (1) s'est constitué l'interprète, nous fait connaître, avec nombreuses variétés individuelles de la croissance plus ou moins rapide, les ables qui en résultent pour l'organisme.

Quand la taille s'élève rapidement, les enfants sont maigres, leurs chairs molles, et les muscles sans ressort, promptement lassés, arrivent vite à la rbature. Le besoin fréquent du repos engendre la nonchalance et rend le meil plus nécessaire, plus long et plus complet.

es articulations sont fréquemment douloureuses, et leur jeu parfois accom-né d'un léger bruit de frottement. Les sphincters sont lâches, d'où résul-quelquefois, en cas de besoins impérieux, les déjections involontaires fèces ou des urines.

es facultés intellectuelles sont un peu retardées, et les enfants con-ent plus longtemps que les autres le dégoût des puérilités au-dessous de r âge.

Rarement le mouvement de croissance des enfants est accompagné de re. Il y a cependant des circonstances où, en l'absence de toute localisation

(1) *Traité pratique des maladies des enfants.* Lyon, 1839, p. 208 et suiv.

possible d'un état fébrile, et en face d'un accroissement exagéré, on se demande s'il n'y aurait pas quelque rapport entre cette croissance et cette fièvre.

J'ai traversé plusieurs difficultés de ce genre, et il ne m'a pas toujours été possible de résoudre la question. Voici un de ces faits.

Un enfant de vingt-cinq mois, élevé de 80 centimètres, nourri par sa mère, toujours bien portant depuis sa naissance, n'ayant encore que 10 dents : 4 incisives inférieures, 2 incisives médianes supérieures, 4 premières molaires, a commencé de marcher à treize mois.

Depuis six semaines il ne peut se tenir, il a une fièvre rémittente qu'on ne peut localiser. L'enfant est maigre, triste et abattu ; il mange à peine et boit beaucoup. Sa langue est gaufrée, son estomac très bon ; il n'a pas de vomissements ni de diarrhée.

Aucun trouble n'existe dans les fonctions de la poitrine et de la tête.

L'enfant ne veut et ne peut marcher, quoiqu'il n'y ait pas de douleur aux membres sous l'influence de la pression. Les os ne sont pas ramollis, la colonne vertébrale est droite, il n'y a pas de rachitisme.

Depuis six semaines, l'enfant a grandi de 80 jusqu'à 84 centimètres.

Est-ce le mouvement exagéré de croissance qui est la cause de cet état fébrile qu'il m'a été impossible de localiser, ou est-ce, tout au contraire, la fièvre en rapport avec un retard de dentition chez l'enfant qui a déterminé cette élongation de la taille? C'est ce qu'il est impossible de dire. Chacune de ces opinions peut se défendre, mais la vérité reste à découvrir. Pour moi, la question est restée insoluble.

Il y a un fait général qui me paraît accompagner l'accroissement trop rapide de la taille, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué du système musculaire, notamment celui des membres inférieurs. Cet affaiblissement peut aller jusqu'à la paraplégie complète.

On sait que tous les enfants grandissent beaucoup dans les maladies aiguës, et quiconque les a observés dans leur convalescence, les a vus faibles, chancelants, incertains de leurs pieds plus que jamais ; pareille chose ne se voit pas chez l'adulte. C'est là un fait vulgaire. Chez eux cet état se prolonge fort longtemps, d'autant plus que la croissance a été plus grande, et tant que les muscles des jambes et des cuisses n'ont pas repris leur force primitive. Chose remarquable, cette faiblesse, qui existe d'abord partout, persiste dans les muscles des membres inférieurs lorsqu'elle a depuis longtemps disparu des membres thoraciques. J'ai vu des enfants rester ainsi plusieurs mois avant de recouvrer le complet exercice de leurs jambes, et chez un adulte dont la croissance était tardive, j'ai vu le mouvement, aboli pour toujours, caractériser une véritable paraplégie.

C'est en 1844, salle Saint-Michel, n° 42, dans le service de M. Rayer :

Observation VII — *Croissance rapide à vingt et un ans. — Paraplégie consé*

— Un homme âgé de vingt et un ans, appelé par la loi du recrutement, senta au tirage et tomba désigné par le sort. Il passa devant le conseil de et fut réformé à cause de sa taille alors fixée à 1m,460, chiffre inférieur centimètres au minimum exigé par la loi. Il venait donc d'être déclaré du service militaire au mois de mars, quand il tomba légèrement sans savoir me dire par quelle lésion. Il grandit beaucoup et ses membres rs chaque jour alourdis devinrent bientôt immobiles. Il était paraplégique. spéré de ne pas guérir, il quitta sa province au bout de six mois pour Paris. Alors il prit un passe-port qui témoigna de sa taille au moment art. Cet homme avait alors 1m,586, ce qui établit une différence de 12 cen- s avec la mesure prise par les autorités militaires. Il avait donc, à vingt ns, grandi de 4 pouces ou à peu près en six mois, et pendant ce temps devenu paraplégique.

oue que, pour mon compte, sans le merveilleux hasard de la réforme à cription et d'un passe-port délivré ultérieurement, c'est-à-dire sans nce de deux actes authentiques faits à six mois de distance, et qui dé- nt la réalité de cette croissance tardive, je n'eusse jamais pu y croire; i publié tous ces détails, c'est afin d'établir que je n'ai été la dupe ne mystification.

malade est resté plusieurs mois dans le service de la Charité sans éprouver ioration, et au concours du bureau central des hôpitaux il a fait l'objet leçon fort incomplète, puisqu'elle était dépourvue des précieux rensei- nts dont j'ai parlé.

r moi, s'il m'est permis de hasarder une opinion dans ce cas extraor- et difficile, je dirai que j'attribue la paraplégie à la croissance tardive ée de ce jeune homme, et j'ajouterai fort timidement, cette autre hypo- que ses membres inférieurs, en grandissant, auront distendu ou tiraillé lle et les nerfs qui en sortent.

x observations analogues se trouvent dans la thèse de M. Regnier, mais anquent de précision et on n'y trouve pas de mesures qui indiquent le précis de l'accroissement en longueur. Elles sont susceptibles d'être étées tout autrement que ne le fait leur auteur. Malgré leur insuffisance sence de détails nécessaires pour savoir si ces malades étaient impotents matisme, ou au contraire, par suite de la paralysie, je les rappor- i.

RVATION VIII. — *Maladie de croissance, paralysie du mouvement, déve- ent énorme des membres.* — Une jeune fille que j'eus occasion d'observer jon, âgée de dix-sept ans, service de M. Gubler, salle Sainte-Marthe Beaujon, février 1859, présentait un développement considérabl s; ce développement était tel, qu'on aurait pu le considérer ruosité. Elle avait des douleurs dans toute la longueur des , avec quelquefois exacerbation dans les articulations. Elle te impossibilité dans la marche dura environ trois mois. , elle commença à marcher, soutenue par des infirmières, on qui la faisait beaucoup ressembler à une personne atte

générale. Quand elle fut guérie, d'une façon assez rapide du reste, les membres avaient conservé le même volume que celui qu'ils avaient lorsqu'elle était couchée ; les douleurs avaient disparu, tout était rentré dans l'ordre, et elle avait appris à se servir de nouveau de ces membres énormes.

Observation IX. — *Maladie de croissance; douleurs articulaires.* — Il est entré, le 13 décembre 1859, salle Saint-Louis, n° 20, service de M. Gubler (hôpital Beaujon), L... (Louis-François), vingt-six ans, tailleur de pierre, demeurant à la Villette, né à Boudé-sur-Iton (Eure).

Cet homme, vigoureux, est d'un tempérament sanguin, d'une taille assez élevée; tout petit jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque, douleur commençant par l'articulation du pied, remontant et envahissant successivement toutes les articulations; ces douleurs sont très-vives et lui font pousser des cris aigus. Perte complète de l'usage des membres; réduit au décubitus dorsal; grandi dans l'espace de six à huit mois de 0,50 à 0,60 centimètres. L'immobilité était telle qu'on était obligé de le faire manger; le sommeil était empêché le plus souvent, par la douleur; appétit inégal prenant parfois de grandes proportions; pas de fièvre ni d'accidents d'autre nature. La petitesse de son enfance était telle que dans son pays on l'appelait *le Nain;* toutefois il était très vigoureux, les membres étaient bien proportionnés dans leur développement; dans son expression, il en rossait de bien plus grands que lui. Il était piqueur, et par conséquent presque toujours à cheval.

La douleur avait commencé par la cheville du pied, spontanément, comme nous le disions plus haut. Il allait chercher un cheval lorsqu'il fut pris de cette douleur; ses camarades le ramenèrent, et depuis ce moment il s'est alité : il était roide comme un morceau de bois (*sic*). Il garda le lit pendant six mois sans survint le moindre changement dans son état. Le traitement, fait par un médecin consistait en frictions et en fomentations huileuses, après lesquelles il y avait peu de soulagement. Enfin, au bout de ces six mois, on le mit dans des bains d'eau tiede, à la suite desquels il sentait tout son corps se deroidir, des lors mieux sensible se montra, et il put marcher soutenu. Un bain aromatique lui donné au bout de quelque temps; mais il se trouva mal dans ce bain, et on obligé de l'en retirer, puis il retomba immédiatement dans le même état qu'auparavant. Deux jours après, on lui fit prendre un bain salé, et, en sortant de bain, il éprouva un tel soulagement qu'il put remonter dans son lit sans aidé. Trois bains salés ont suffi à son entier rétablissement; toutefois il lui resté pendant quelque temps des crampes dans les mollets et dans les mains. Depuis lors son développement s'est bien effectué, et il n'a plus été malade, qu'à ce jour, où nous le trouvons, dans les salles de M. Gubler, convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu.

La croissance ne s'accomplit pas toujours d'une façon régulière sur la totalité de la longueur du corps, elle porte quelquefois plus exclusivement sur une de ses parties : la *poitrine*, la *tête* ou les *membres supérieurs* et *inférieurs*.

M. Richard (de Nancy) a nettement indiqué les caractères de ces accroissements anormaux partiels, et leur influence sur la santé des individus.

« La *poitrine* chez les enfants n'a point la conformation de celle de l'adulte. Son diamètre perpendiculaire est plus petit, son diamètre antéro-postérieur est plus grand, toute proportion gardée ; en un mot, le cône auquel on a coutume de comparer le thorax, a un axe plus petit et une base plus large.

« La raison de cette disposition se trouve dans l'immense développement

re de l'enfant, qui renferme un appareil digestif accommodé au besoin trition et de l'accroissement tout à la fois.

thorax diminué dans son diamètre vertical doit donc s'accroître d'avant re, afin de loger le cœur qui est très volumineux chez le fœtus, et le qui n'existe plus chez l'adulte. Aussi le sternum est-il fortement de haut en bas et d'arrière en avant, de manière que l'appendice e est très éloigné de la colonne vertébrale.

mesure que le sujet grandit, c'est surtout dans la portion dorsale de la que le mouvement d'élongation se fait sentir, par la raison que cette ccupe à elle seule la moitié de toutes les vertèbres; pour que l'harmo- oit pas troublée, il faut que les dimensions transversales s'accroissent e temps, et c'est ce double travail qui est souvent difficile.

and le sujet grandit trop rapidement, le mouvement d'élongation e nécessairement; le mouvement transversal est suspendu ou ralenti. elle que soit la période de la vie où ce mouvement trop précipité s'exé- ut autre développement s'arrête. La seconde dentition se retarde et se plus tard ce sont les phénomènes de la puberté qui se modifient, s qui ne viennent pas ou qui disparaissent après s'être déjà montrées fois.

l'accroissement dépasse certaines limites, le cœur, les poumons se t mal à l'aise dans une poitrine trop étroite, et il peut en résulter des nients plus graves pour la santé. C'est peut-être là l'origine d'un cer- mbre de maladies du cœur ou de quelques affections pulmonaires tuber- s. »

RVATION X. — *Croissance tardive ; maladie organique du cœur ; hémoptysie ; tions.* — En 1851, une jeune fille de vingt et un ans, entrée à la Charité, service de M. Andral que j'avais l'honneur de remplacer, s'y est pré- avec une affection du cœur développée dans les conditions suivantes de nce tardive.

est née de père épileptique et de mère parfaitement bien constituée, tous vants encore. Elle a été nourrie par sa mère à Paris et marchait à l'âge n. Puis elle a été emmenée à la campagne chez des paysans malheureux a été mal nourrie, et à trois ans elle ne pouvait plus marcher. Elle était et cette atteinte de rachitisme dura près d'un an. Quand elle put mar- nouveau, elle n'était pas difforme, elle était seulement faible et très

is l'âge de douze ans, elle a pris l'habitude de la masturbation. Cette jeune toujours été souffreteuse, petite et maigre. A quatorze ans, elle avait la taille d'une fille de six à sept ans, soit 1 mètre et 3 à 9 centimètres. elle commençait à grandir, puis elle tomba malade et resta au lit pen- -huit mois. Pendant ce temps sa taille s'allongea beaucoup et elle eut pitations, des crachements de sang, de l'anasarque. Elle guérit enfin et lit vers seize ans, presque aussi grande qu'elle est aujourd'hui, c'est- yant 1 mètre 54 centimètres, ce qui donne à peu près une différence de mètres.

aisant la part de l'exagération habituelle des malades, et réduisant de

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

moitié la croissance de cette jeune fille depuis l'âge de quatorze à seize
nous reste encore à enregistrer un accroissement de 25 centimètres, c
énorme à cet âge.

Les règles ne vinrent qu'après cet accroissement de la taille, et dep
elles ne sont jamais venues régulièrement, elles ont toujours obéi plus o
à des emménagogues administrés dans le but de régulariser leur mar
parties génitales furent consécutivement le siége d'une leucorrhée habit

La santé ne s'est jamais entièrement rétablie, une nouvelle hémoptys
dante a eu lieu il y a deux mois, sans provoquer de graves accidents.

Cette jeune femme entre à l'hôpital pour une vaginite, et nullement
maladie de cœur. C'est en l'examinant que nous avons fait cette décou
formulé un triple diagnostic ainsi conçu : vaginite, rétrécissement de l'o
l'aorte avec état de chloro-anémie très prononcé.

Il serait absurde de considérer la croissance tardive de cette jeu
dont je viens de rapporter l'histoire, comme la *cause certaine* de l
organique du cœur trouvée chez elle : ce serait une induction prém
en pourrait être tout différemment. Rien ne prouve, en effet, qu'
primitivement atteinte d'une endocardite, ne soit restée malade au lit
deux ans, et que sous l'influence de cette affection et du repos, la tai
dée dans son essor n'ait acquis les dimensions que nous avons ind
Rien ne le prouve, mais aussi rien ne l'établit, et nous ne voyons
conséquence, ce qui pourrait empêcher de croire dans une certaine
à l'influence possible de la croissance exagérée sur le développement d
ration organique du cœur. Pour mon compte, je n'y vois, en ce m
qu'une coïncidence, et je laisse à l'avenir le soin d'éclairer, par de n
observations, le sujet en litige.

M. Richard (de Nancy) a publié en trop peu de mots une observa
offre de l'analogie avec la précédente, mais que je ne puis utiliser ici f
détails. Voici en quoi elle consiste :

Observation XI. — *Croissance tardive très rapide ; consomption ;
tysie ; guérison.* — Un enfant de la Charité de Lyon, âgé de seize à dix-se
grandit de *plusieurs pouces* dans l'espace assez court de *deux mois*.

Pendant ce temps, l'hémoptysie, la toux, l'emaciation se réunissaient
faire craindre une phthisie pulmonaire. L'auscultation, cependant, n'a
aucune lésion tuberculeuse, et le poumon était perméable partout.

Après quelque temps de repos, l'usage du lait d'ânesse, de bouillons gr
et plus tard l'addition d'une forte nourriture animale, ce jeune homme
mais, je le répète, il manque à ce fait la plupart des détails rigoureu
nécessaires à n'importe quelle conclusion. Je le signale comme un fait d
sance rapide et considérable à un âge avancé.

Il n'est pas impossible, non plus, que sous l'influence de l'accrois
rapide du corps, et du rétrécissement notable de la poitrine qui en est
séquence, les poumons, comprimés, mal à l'aise, gênés dans leurs fo
insuffisants à une puissante hématose, ne puissent devenir le sièg
affection tuberculeuse. On voit, en effet, tant de gens prématurément
gés, dont la poitrine est étroite et amaigrie, qui deviennent ultérieu

eux, qu'on peut se demander, sans faire tort à son jugement, si la
ce rapide est chez eux la cause ou au contraire l'effet de la maladie à
ans quelques cas rares, il ne saurait y avoir de doute; chez des indi-
s de bonne race, et qu'un accroissement rapide a prématurément
la faiblesse, les palpitations et les tubercules doivent être rapportés
ivement exagéré de la croissance.

utre variété d'accroissement partiel anormal est celui qui a pour
membres supérieurs, et qu'on reconnaît à la longueur et au volume
chez des sujets de petite taille; ou aux dimensions des hanches, et
ue disproportionnée des cuisses et des jambes ainsi qu'à leur mai-
ez certains hommes de haute stature. Ces faits n'ont qu'une médiocre
ce en pathologie, et nous ne croyons pas devoir nous en occuper
t que par cette simple mention.

Conclusions.

ment on s'élève par la pensée au niveau de la conception des puis-
l'accroissement humain, toujours il faut descendre à l'observation
énomènes, pour en découvrir les lois. Ainsi ai-je procédé. Les faits
x que j'ai rapportés m'ont fait connaître, mesure en main, la taille
des enfants aux différents âges, dans l'un et dans l'autre sexe. J'ai
l'influence des maladies sur la *croissance apparente* des enfants et
ence sur la *croissance réelle*. J'ai terminé, enfin, par la recherche
ence des croissances trop rapides et trop exagérées sur l'organisme
développement des forces du système musculaire, de la paraplégie
ctions respiratoires et circulatoires.

este maintenant à compléter ces dernières considérations par l'exposé
s d'hygiène et de thérapeutique qui me paraissent convenir en
ccurrence.

es enfants qui ne grandissent pas, on peut, à moins de circonstance
e spéciale, croire à l'existence du rachitisme ou du commencement
ffection, et il faut changer le régime et la manière de vivre des
faut les mettre à l'usage exclusif du laitage sous toutes ses formes,
la viande, les légumes et le vin, et les envoyer vivre à la campagne.
itisme est nettement caractérisé, il convient de recourir aux bains
l'huile de foie de morue à des doses variables indiquées par l'âge et
ibilité des enfants.

cas de croissance exagérée trop rapide, il faut, au contraire, dimi-
antité de lait et d'aliments maigres, pour habituer l'estomac, autant
le, à l'usage d'un régime fortement animalisé. Il faut prescrire les
froides quotidiennes sur le corps, et en été les bains froids souvent
a course et la marche sont très nécessaires, et il est d'autant plus
de recourir à ces exercices que, ainsi qu'on le sait, la fatigue amène
ent momentané de la colonne vertébrale prolongée

avec un poids sur la tête, constitue la gymnastique la plus utile de sance. Les enfants doivent, en outre, être couchés durement sur séjourner peu au lit, tout juste le temps nécessaire pour réparer Sept heures de sommeil et de repos doivent leur suffire.

La gymnastique, en général, est ici d'une haute utilité, ainsi q exercices qui consistent à lever des poids pendant longtemps. La s prolongée du corps à l'aide des mains, la lutte, les jeux de boxe, impriment une vitalité différente aux muscles qui grossissent et rés leur tonicité à l'extension des os qu'ils recouvrent.

Aphorismes.

359. La croissance est une des plus curieuses manifestations d motrice qui règle, dirige et coordonne la création et le développe êtres organisés.

360. La croissance s'accomplit d'après des lois régulières et absolu bles dans chaque climat, dans chaque race, dans chaque sexe, et seulement par les révolutions soulevées dans l'organisme par les mal

361. Les maladies du jeune âge accélèrent toujours le mouve croissance.

362. La croissance qui résulte de l'action des maladies du jeune pas aussi rapide qu'on pourrait le croire de prime abord; elle est plus considérable *en apparence* qu'elle ne l'est *en réalité*.

363. L'influence des maladies sur la croissance doit être directem portée à l'influence de l'état fébrile qui les accompagne.

364. La croissance exagérée agit à son tour comme cause de mal rieure, et des affections pulmonaires cardiaques ou paralytiques pe être la conséquence.

LIVRE XXVI.

DES MALADIES GÉNÉRALES.

CHAPITRE PREMIER.

DU PURPURA.

Le purpura est une maladie du sang, ou *nosohémie*, quise manifes hémorrhagies spontanées de la peau et des différentes muqueuses.

Des anatomo-pathologistes en ont fait une maladie de la peau, en

t parce qu'en général ils classent les maladies d'après le siége et des produits morbides. C'est un vice de méthode qui commence . Il faut au contraire envisager cet état morbide comme une rticulière du sang révélée par des hémorrhagies de la peau et des

a divisé le purpura de la façon suivante :

Purpura simplex Purpura hæmorrhagica	apyrétique ou fébrile.
Purpura urticans.	
Purpura senilis.	
Purpura contagiosa.	

sion a l'inconvénient de multiplier les espèces sans nécessité et s maladies très différentes. Ainsi, le *purpura urticans* n'est ne de l'urticaire : c'est de l'urticaire hémorrhagique. Si l'on ttre cette forme de purpura, il faudrait admettre également un *rbilleux*, *scarlatineux*, etc., dans les cas de rougeole et de scar- rhagiques dont l'exanthème est remplacé par de petites hémor- peau.

ra senilis, variété motivée par l'âge des sujets et non par la nature pas de raison d'être ; enfin le *purpura contagiosa*, caractérisé par des fièvres et des typhus, est une maladie de nature toute diffé- e peut être confondue avec le purpura proprement dit, qu'à la ne tenir compte que des produits morbides pour le classement . J'ai dit que c'était une erreur.

nfants, le purpura se présente avec les mêmes caractères que . On y doit cependant séparer le purpura des nouveau-nés dont est semblable, mais dont la nature toute différente se confond avec *émophilie*, c'est le *purpura des bluters* causé par la diathèse que.

ai le purpura des nouveau-nés ou *purpura bluters*, le *purpura* e *purpura hæmorrhagica*.

Causes.

s du purpura des nouveau-nés sont toutes différentes de celles du enfants plus âgés. La maladie est *congénitale*, *héréditaire*. Il y a où tous les enfants sont affectés de cette disposition originelle. us elle ne se manifeste pas au moment même de la naissance, et se révéler que dans l'âge adulte. Quand elle agit dès la naissance, ur les garçons, cas le plus ordinaire, et tantôt sur les filles. Assez fant la conserve en puissance et la transmet à ses enfants, de façon ura saute une génération (1).

icas, *Traité physiologique et philosophique de l'h* et de maladie. Paris, 1847-1850.

Dans la seconde enfance, le purpura se montre surtout ans, il frappe également les deux sexes, il est *héréditaire* souvent au printemps et en été que dans l'hiver. Il est quelqu On l'observe assez souvent chez des enfants couchés dan sombres et humides, dans les endroits où il y a encombreme par le fait de l'influence *nosocomiale* lorsqu'il se dévelop maladies chroniques. Il résulte des grandes fatigues qui ép défibrinent le sang ou modifient les qualités de ce liquid insuffisante ou malsaine peut en être la cause, enfin il acco naison d'un grand nombre de maladies chroniques. Sous ce signe pronostic très défavorable.

Pour Tommassini, le purpura est causé par une phlébit phlébite cutanée, mais pour la grande majorité des méde c'est une altération du sang comparable à celle du scorbut, Lind, Huxham, Boerhaave, etc., désigner sous le nom de fu

Lésions.

Quelle que soit la cause du purpura, les lésions sont les m rence de nature dans la cause du mal ne change point la n L'hémorrhaphilie, le scorbut, le purpura, sont trois maladies tinotes, et cependant les altérations sont semblables.

Des taches sanguines miliaires ou plus étendues, sous-placées dans l'épaisseur du derme et sous le derme, carac formes du mal. Ces taches sont d'abord noirâtres, rouges e le sang est en voie d'absorption.

Des ecchymoses plus ou moins étendues existent sous la interstices des muscles. On y trouve des quantités plus ou m de sang noir liquide ou coagulé qui se résorbe lentement.

Des taches semblables existent sous les muqueuses des lè et de la voûte palatine, dans l'estomac et dans les intestin dans les bronches, etc.

Il y en a sous l'arachnoïde, sous les plèvres, sous le pé carde, sous le péritoine, etc.

Ces hémorrhagies existent dans tous les parenchymes, dans les poumons, dans les muscles, dans les cavités séreuses et a les os, ainsi que l'a indiqué Récamier.

Chez ceux qui succombent, il y a un état prononcé d'a les tissus.

Si l'on en croit les analyses de MM. Andral et Gavarret, l'a rait dans une diminution de la fibrine. Ainsi, une première a

Fibrine	1
Globules	1
Matières solides	

s une seconde analyse il y avait :

Fibrine	1,6
Globules	111
Matières solides	86

endant ce serait mal comprendre cette nosohémie que de la faire consister ne simple diminution du chiffre de la fibrine. Il y a autre chose comme e scorbut, et cette autre chose, c'est le ramollissement de la fibrine, qui ins promptement et moins facilement coagulable que dans l'état normal. ation de quantité n'est pas grand'chose en face de cette altération qua- qui explique mieux que toute autre la fluidité du sang et sa transsu- par les capillaires.

§ I. — Purpura des nouveau-nés.

aladie se révèle d'une façon différente chez le nouveau-né lorsqu'il y a haphilie que dans le purpura ordinaire.

z les nouveau-nés, il se fait de petites hémorrhagies capillaires dans eur de la peau et des hémorrhagies incoercibles, souvent mortelles au t de la chute du cordon ombilical (1).

passent cette époque, l'hémorrhagie se fait par les fosses nasales, par orchure insignifiante, par une piqûre de sangsue, par une morsure de e ainsi que l'a rapporté Dubois (de Neufchâtel). Des ecchymoses suc- à la plus faible pression des téguments et les enfants pâles, jaunâtres, és, s'affaiblissent à l'excès. Quelques-uns ont de vives douleurs dans tures, de l'œdème aux jambes et une nouvelle et dernière hémorrha- fait périr.

§ II. — Purpura simplex.

aladie, tantôt *primitive*, se manifeste chez un enfant ayant jusque-là sa santé, et, tantôt *secondaire*, se développe dans le cours d'une autre aiguë ou chronique, telle que la fièvre typhoïde, la diphthérite, les s virulentes, la tuberculose, l'entérite chronique, etc., etc.

urpura simplex, primitif ou secondaire, est caractérisé par des taches agiques miliaires de la peau, ou par des taches plus étendues, larges 2 centimètres et par des ecchymoses sous-cutanées. Des taches sem- se développent sur les muqueuses et sous les séreuses.

oment de leur apparition à la peau elles ressemblent à des pétéchies, entent le véritable caractère d'une hémorrhagie intra-cutanée. Elles ge violacé, presque noires, puis se décolorent, deviennent brunes, et disparaissent au bout de quatre ou cinq jours par le fait de l'absorp- tanée.

(1) Voir le chapitre consacré aux hémorrhagies ombilicales, p. 48.

Dans la seconde enfance, le purpura se montre surtout de cinq
ıs, il frappe également les deux sexes, il est *héréditaire* et se mo
souvent au printemps et en été que dans l'hiver. Il est quelquefois épi
On l'observe assez souvent chez des enfants couchés dans des lie
sombres et humides, dans les endroits où il y a encombrement de ma
par le fait de l'influence *nosocomiale* lorsqu'il se développe à la
maladies chroniques. Il résulte des grandes fatigues qui épuisent le
défibrinent le sang ou modifient les qualités de ce liquide. L'alim
insuffisante ou malsaine peut en être la cause, enfin il accompagne l
naison d'un grand nombre de maladies chroniques. Sous ce rapport,
signe pronostic très défavorable.

Pour Tommassini, le purpura est causé par une phlébite ou m
phlébite cutanée, mais pour la grande majorité des médecins, ac
c'est une altération du sang comparable à celle du scorbut, qu'on p
Lind, Huxham, Boerhaave, etc., désigner sous le nom de fluidité du

Lésions.

Quelle que soit la cause du purpura, les lésions sont les mêmes. D
rence de nature dans la cause du mal ne change point la nature du
L'hémorrhaphilie, le scorbut, le purpura, sont trois maladies voisines
tinotes, et cependant les altérations sont semblables.

Des taches sanguines miliaires ou plus étendues, sous-épidermi
placées dans l'épaisseur du derme et sous le derme, caractérisent l
formes du mal. Ces taches sont d'abord noirâtres, rouges ou jaunâtr
le sang est en voie d'absorption.

Des ecchymoses plus ou moins étendues existent sous la peau et
interstices des muscles. On y trouve des quantités plus ou moins cons
de sang noir liquide ou coagulé qui se résorbe lentement.

Des taches semblables existent sous les muqueuses des lèvres, du
et de la voûte palatine, dans l'estomac et dans les intestins, dans l
dans les bronches, etc.

Il y en a sous l'arachnoïde, sous les plèvres, sous le péricarde e
carde, sous le péritoine, etc.

Ces hémorrhagies existent dans tous les parenchymes, dans le cerv
les poumons, dans les muscles, dans les cavités séreuses et articulaire
les os, ainsi que l'a indiqué Récamier.

Chez ceux qui succombent, il y a un état prononcé d'anémie d
les tissus.

Si l'on en croit les analyses de MM. Andral et Gavarret, l'altérati
rait dans une diminution de la fibrine. Ainsi, une première analyse

Fibrine	1,6
Globules	119
Matières solides	95

Erisé, dans lequel il y a de la dyspepsie, des palpitations avec ou sans le souffle cardiaque et vasculaire.

z quelques enfants ces hémorrhagies peuvent avoir lieu dans de grandes séreuses comme la plèvre ou dans quelques synoviales articulaires.

ieurs fois j'ai observé de l'œdème et de l'anasarque avec albuminurie ssement de sang, alors que les urines étaient parfaitement limpides. lbuminurie a cessé avec la guérison du purpura. Ailleurs j'ai observé ème sans albuminurie, ce qui arrive assez souvent dans un grand e de maladies de l'enfance.

Marche, durée, terminaisons.

urpura simplex primitif dure environ de quinze à vingt jours et se ter- avorablement par la résorption successive du sang des pétéchies, des oses sous-cutanées et des hémorrhagies faites dans l'épaisseur de la Quand la maladie est secondaire, sa marche et ses terminaisons sont ment liées à celles de l'affection principale sur laquelle cette compli- 'a aucune influence. C'est un signe fâcheux indiquant presque toujours

urpura hæmorrhagica dure plus longtemps que le *purpura simplex*, et termine pas toujours d'une façon aussi favorable. Il peut se prolonger t plusieurs mois, et à peine une éruption de taches hémorrhagiques du ou une hémorrhagie muqueuse est-elle terminée, que d'autres hémor- s'accomplissent. A chaque instant se montrent de nouvelles et larges oses, puis les enfants s'affaiblissent, se décolorent, s'œdématient et il résulter un état de cachexie mortelle.

quelques cas rares, tout à fait exceptionnels, cette forme de purpura ine d'une façon presque subite et foudroyante par la mort. MM. Rilliet ez en citent un exemple qui leur a été communiqué par Lombard (de) et qui est relatif à un enfant de seize mois mort en huit heures.

Pronostic.

urpura simplex primitif n'a aucune gravité, et tant que l'altération du où il résulte n'est pas assez forte pour produire d'abondantes hémor- par les muqueuses, il n'y a rien à craindre. Sa terminaison est con- nt favorable. Il n'est pas plus grave en lui-même lorsqu'il dépend aladie aiguë ou chronique et qu'il doit être considéré comme une secondaire. Dans ce cas il n'a d'autre importance que celle d'un signe que grave.

urpura hæmorrhagica est beaucoup plus grave. Bien que dans la majo- cas il soit suivi de guérison, il peut occasionner la mort, soit d'une foudroyante, ce qui est très rare, soit par l'effet d'hémorrhagies abon- t répétées, soit enfin par l'état de faiblesse, d'anasarque et de cachexie ne l'altération du sang.

Traitement.

Dans le traitement du purpura simple ou hémorrhagique il faut, avant tout, se préoccuper de l'altération du sang qui en est l'origine et y remédier par les remèdes convenables. La lésion de la peau n'est rien qu'un symptôme; il n'y a que dans les cas d'hémorrhagie fluente, douloureuse, par la peau ou par une surface muqueuse accessible à la main, qu'il soit convenable d'intervenir localement.

Le repos, les boissons acidules vinaigrées et glacées, la limonade nitrique et sulfurique, l'eau de Rabel, la décoction de ratanhia et de magnésie, l'eau de Brocchieri, de Tisserant et l'eau de Pagliari doivent être employés concurremment avec une bonne alimentation suffisamment réparatrice d'où la viande ne doit pas être exclu.

L'*essence de térébenthine* à la dose de 8 à 10 grammes, conseillée par le docteur Neligan (1), est un bon remède à employer, car la térébenthine est un puissant hémostatique. Plusieurs cas de succès ont été rapportés en faveur de cette médication.

Si la maladie dure depuis longtemps, les bains de mer et le séjour à la campagne seront très utiles. Le *quinquina* dans du sirop ou dans du vin peut être également conseillé.

Les *ferrugineux*, tels que l'eau de Spa, de Bussang, le sous-carbonate de fer 20 à 25 centigrammes par jour, la limaille de fer à la même dose, le nitrate de potasse et de fer, etc., peuvent être indifféremment employés. Il est une préparation ferrugineuse cependant qui l'emporte sur toutes les autres et sur laquelle de nombreux succès ont appelé l'attention. Je veux parler du perchlorure de fer conseillé par M. Pize (de Montélimart) et par M. Pierry (2). On donne ce médicament à l'intérieur, à la dose de 8 ou 10 grammes, et il est rare que la guérison se fasse beaucoup attendre.

Dans les cas d'hémorrhagie fluente, compromettant la vie des enfants, ayant lieu par la peau, par les gencives, sur un point visible de la muqueuse buccale ou nasale, il faut appliquer sur le lieu de l'hémorrhagie une petite boulette de charpie trempée dans le perchlorure de fer et bientôt après le sang cesse de couler. C'est le moyen hémostatique direct par excellence, et aucun autre ne peut lui être opposé.

Aphorismes.

365. Le purpura est une hémorrhagie de la peau, des muqueuses et des viscères, causée par la perte de plasticité de la fibrine.

(1) *Dublin Journal*, 1843.

(2) Voyez à ce sujet le rapport de M. Devergie sur le mémoire de M. Pize, et la discussion à laquelle il a donné lieu (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1859-1860, t. XXV, p. 686 et suiv.).

6. Des hémorrhagies miliaires de la peau et des ecchymoses sous-cuta- avec ou sans fièvre caractérisent le *purpura simplex*.

7. Des hémorrhagies miliaires de la peau, des ecchymoses sous-cutanées s écoulements de sang par les muqueuses de la bouche, du nez, des pou-, de l'estomac, de la vessie, etc., avec ou sans fièvre feront reconnaître *pura hæmorrhagica*.

8. On peut avoir le purpura d'emblée, mais très souvent il est la consé- e d'une maladie typhoïde, virulente, toxique ou d'une maladie chronique ernière période.

9. Le purpura qui vient dans le marasme produit par une maladie chro- annonce une mort prochaine.

10. On guérit toujours du *purpura simplex*, mais il n'en est pas de même *pura hæmorrhagica* qui, par la perte du sang, peut occasionner la mort.

11. Le meilleur des remèdes à opposer au purpura c'est le perchlorure

CHAPITRE II.

DE LA DIPHTHÉRITE.

Considérations générales.

nom de *diphthérite* de διφθερα, *fausse membrane*, a été créé en 1826, Bretonneau pour désigner les inflammations du tissu muqueux accom- s de la production de fausses membranes.

e ne dirais pas toute ma pensée, si je n'ajoutais que je vois dans cette mmation couenneuse une phlegmasie spécifique, aussi différente d'une gose catarrhale que la pustule maligne l'est du zona, une maladie plus cte de l'angine scarlatineuse que la scarlatine elle-même ne l'est de la e vérole; enfin une affection morbide *sui generis*, qui n'est pas plus rnier degré du catarrhe, que la dartre squameuse n'est le dernier de- de l'érysipèle.

us j'ai apporté d'attention à l'étude des phénomènes propres à ce mode mmatoire, plus il m'a paru s'éloigner de tout autre par des caractères ui sont propres (1). »

il indique les caractères des fausses membranes, pensant que cela faire distinguer « cette inflammation *diphthéritique* de quelques autres nations *couenneuses* avec lesquelles il importe de ne pas les confondre ».

on le voit, M. Bretonneau admet des fausses membranes sans diphthé- comme lui nous avons reconnu des diphthérites molles *non infectantes*, théroïde, et des diphthérites dures *infectantes*.

nsidère comme étant de la diphthérite : 1° la *gangrène scorbutique* des

(1) Bretonneau, *De la diphthérite*, p. 41.

gencives, ce qu'on appelle la stomatite ulcéro-membraneuse, maladie bénigne qui ne fait jamais périr; 2° l'*angine maligne*, comprenant l'angine ulcereuse ou gangréneuse, où il n'y a pas de fausses membranes, et l'angine couenneuse; 3° enfin le *croup;* et il ajoute : « Je ne pense pas que l'idée » *de ces trois affections*, fondée sur *une identité d'altérations organiques* que » l'anatomie pathologique a démontrée, puisse être infirmée par quelques » symptômes sans valeur (1). » C'est là une opinion très arrêtée chez lui, car plus loin il dit : « Il n'y a aucune différence essentielle entre l'inflam- « mation pelliculaire qui devient si redoutable en se propageant dans les » canaux aérifères, et celle qui, bornée aux gencives, ne cause qu'une légère » indisposition (2). »

Ainsi M. Bretonneau, convaincu que les maladies ne peuvent être plus sûrement distinguées que par leurs caractères anatomiques, fait une seule et même maladie de celles qui sont caractérisées par l'inflammation pelliculaire. « J'entreprends de constater par le témoignage des faits que la gangrène » scorbutique des gencives, le croup et l'angine maligne ne sont qu'une seule » et même maladie » (3)... Et plus bas : « Prouver que le croup n'est » que le dernier degré de l'angine maligne, que l'angine maligne ou gangré- » neuse n'est pas gangréneuse, qu'il n'y a aucun rapport entre le sphacèle et » les altérations que cette maladie laisse à sa suite, etc., etc. » Telles sont les idées qui servent de base au traité de la diphthérite. J'ai cru devoir les exposer textuellement, afin que chacun puisse les apprécier sans crainte de n'avoir pas sous les yeux la pensée complète de l'auteur.

Tableau de la diphthérite.

La diphthérite est donc une phlegmasie pelliculaire spécifique du tissu muqueux de l'arrière-gorge, se terminant habituellement par le croup

Elle est destinée, selon son auteur, à remplacer, en nosographie, la gangrène scorbutique des gencives ou stomatite ulcéro-membraneuse, les angines ulcéreuses, gangréneuses et le croup. Le temps n'a pas confirmé ces espérances, car d'un côté il est peu de personnes aujourd'hui qui considèrent comme étant de même nature, la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine couenneuse et le croup, et de l'autre on observe encore des angines ulcereuses et gangréneuses qui font périr les malades de la même façon que l'angine couenneuse ou diphthérite et dans lesquelles *il n'y a pas de fausses membranes.*

La diphthérite, ou inflammation pelliculaire de la gorge « *est aussi distincte* » *de l'angine scarlatineuse que la scarlatine elle-même est distincte de la* » *petite vérole* », et il ne faut pas la confondre « *avec les autres inflammations*

(1) Bretonneau, *loc. cit.*, p. 45.
(2) Id., *loc. cit.*, p. 47.
(3) Id., *loc. cit.*, p. 10.

nneuses », l'angine couenneuse commune, par exemple (1). Tous ceux
t vu des malades en grand nombre savent les difficultés du sujet et
aîtront avec moi ses incertitudes. Ils conviendront sans peine qu'il est
e de distinguer dans le fond de la gorge une fausse membrane apparte-
l'angine couenneuse commune ou scarlatineuse qui n'est pas de la
érite, d'avec une fausse membrane qui est de la diphthérite. Je puis me
r, mais je ne crois pas qu'il soit exact de dire avec M. Bretonneau : « l'an-
pelliculaire scarlatineuse est aussi distincte de la diphthérite que la
latine l'est de la petite vérole. » Tout le monde sait que l'angine scarla-
e est souvent suivie de croup, et qu'elle donne lieu quelquefois à un
onnement exactement semblable à celui de la diphthérite et des angines
neuses. Il n'y a pas alors de différence appréciable, il n'y en a pas sur-
ui soit comparable à la différence qui sépare la variole de la scarlatine,
erait plus facile d'admettre, au contraire, l'identité de nature entre
e scarlatineuse et la diphthérite. Toutes deux ont souvent les mêmes
res anatomiques, la même marche, et donnent lieu aux mêmes consé-
s pour l'individu qui en est affecté.

s cette description de la diphthérite comprenant ce qu'on avait appelé
-là angine maligne, angine gangréneuse, angine couenneuse, M. Bre-
u veut surtout montrer la nature spécifique de l'inflammation pellicu-
et sa terminaison par le croup, fait vrai pour l'épidémie qu'il raconte et
l'est plus pour des épidémies observées en d'autres localités. Il indique,
Guersant, d'après Starr, la présence des fausses membranes sur les
sur les oreilles dépouillées d'épiderme par l'impétigo, sur les vésica-
ce qui atteste une sorte d'état général particulier dont tout le monde
aît l'existence.

ement, un peu trop préoccupé du rapprochement à établir entre la
érite et le croup, il insiste particulièrement sur la propagation des fausses
anes dans les conduits aérifères occasionnant l'asphyxie, sans montrer
nment ces cas de mort que produit l'adynamie de l'empoisonnement
fection de l'économie.

là un fait de la plus haute importance qui ressort de toutes les obser-
ultérieures. Il y a même des épidémies, celle de 1857, à la Ferté-
r, racontée par M. Delbet (2), où l'angine maligne reste purement gan-
se, sans produire aucune fausse membrane, et où tous les malades
bent par le fait de cette infection générale.

iphthérite est *épidémique* et *contagieuse* comme les différentes espèces
es ulcéreuses, gangréneuses qu'elle a la prétention d'absorber. M. Bre-
u est à cet égard de l'avis de ses devanciers. Il reproduit les témoignages
aus : « Caveant angue pejus parentes suos filios secum gerere, ubi

retonneau, *loc. cit.*, p. 342.
hèse inaugurale, 1859.

» puerulus hoc modo infirmatur; et, si in domo ejus contingat, statim de
» puero valetudine fruentes separent; » de Carnevale dans un vers lu
expressif :

Cede cito, longinquum abi, seruque reverte,

et il les contrôle en disant que cette contagion est beaucoup moins prononcé que dans d'autres maladies. Cela est vrai.

Tous les faits racontés par M. Bretonneau, avec l'intention de supprimer l'angine maligne et gangréneuse ou la stomatite ulcéro-membraneuse de la nosographie pour remplacer ces dénominations par celle de diphthérite (inflammation pelliculaire), sont parfaitement exacts, et ils tirent surtout leur signification de l'épidémie dans laquelle ils ont été observés. Il est certain qu'il a des phlegmasies muqueuses de l'arrière-gorge et du larynx, tenant à une influence générale souvent épidémique, dans lesquelles il faut reconnaître une cause spécifique produisant l'érosion des tissus, leur ulcération, leur gangrène et l'apparition de fausses membranes à leur surface. A ces lésions se rapportent une infection générale de l'économie qui occasionne la mort par intoxication putride ou dans quelques circonstances, la production de fausses membranes dans les voies aériennes causant le croup et une asphyxie mortelle. Mais la fausse membrane n'est pas l'élément nécessaire ni dangereux de la maladie, car il y a des angines malignes gangréneuses sans fausse membrane ni croup et qui font périr les malades de la même façon, avec les mêmes symptômes, que dans l'angine maligne couenneuse ou diphthéritique. La stomatite ulcéro-membraneuse, ou diphthérite gingivale présente des fausses membranes et n'a aucune gravité. Tous les aphthes de la langue et de la muqueuse buccale sont couverts de fausses membranes et n'engendrent pas de symptômes graves. Il en est de même de l'angine couenneuse commune dont les fausses membranes tonsillaires sont sans importance, et guérissent avec rapidité et très facilement. C'est ce qu'on observe souvent à la surface des érosions cutanées de l'impétigo des oreilles, de l'ulcération des fesses, produite par une longue diarrhée, des vésicatoires du bras en suppuration, des plaies de la brûlure, etc., etc., car il n'est pas de plaie qui ne puisse se recouvrir de fausses membranes et cela sans aucune gravité pour celui qui les porte. D'une autre part on produit, à volonté, ce que j'ai fait, des fausses membranes sur la peau chez des individus sains et qui resteront tels après l'opération en soulevant l'épiderme par de l'ammoniaque ou des cantharides. Je conserve ainsi chez moi des flacons remplis de fausses membranes recueillies chez des individus qui n'avaient pas la moindre apparence de diphthérite.

Il y a même une maladie, la pneumonie aiguë lobaire de l'adulte qui, dans la période d'hépatisation rouge, a été appelée *pneumonie fibreuse*, par Remak, Virchow, etc., etc., parce que les vésicules pulmonaires et les dernières ramifications bronchiques sont remplies d'une exsudation fibreuse formant un chevelu ramifié que les malades rejettent dans l'expectoration.

st facile de recueillir. On dirait les dernières racines d'un arbre, et cela ble tout à fait à ce qu'on observe dans le croup des bronches étendu mifications capillaires lorsqu'on enlève les fausses membranes. Si l'on de la nature d'un mal par ses caractères anatomiques, il faudrait faire eumonie aiguë une dépendance de la diphthérite, et cependant elle n'a de ses symptômes.

usse membrane n'est donc pas l'élément nécessaire et dangereux de la érite. Je viens de dire qu'elle existait ailleurs et qu'on la pouvait pro- volonté chez des sujets sains.

a *des fausses membranes sans diphthérite*, quel est donc l'élément dan- et principal de cette maladie? Quelle circonstance accessoire différente si redoutable? La voici. Il n'y a pas de fausse membrane sans ulcéra- muqueuses ou de la peau, sans ulcération des amygdales et chez quel- ladés sans gangrène de l'arrière-bouche. L'ulcération et la gangrène éléments anatomiques constants de la maladie produisant l'ouverture nules capillaires et des lymphatiques. C'est la porte d'entrée du mal. ouvertures lymphatiques et vasculaires se fait l'absorption d'où résul- gonflement des ganglions correspondants et l'infection du sang par des s septiques ou gangréneux. Par elles, le mal, d'abord localisé, devient ent général et produit l'adynamie ou la mort.

est donc pas la fausse membrane qui fait le danger de la diphthérite, lcération ou la grangrène qui l'accompagne. Gardons ce mot qui est mais sachons bien que le sens n'en est pas bien défini et que par son gie il consacre une erreur nosographique.

résulte qu'il y a deux sortes de fausses membranes, celles qui sont phthérite et celles qui n'en sont pas, ou si l'on préfère, qu'il y a:

e *vraie diphthérite* ou *maligne* que j'ai appelée *diphthérite dure*, *te*;

e *fausse diphthérite* ou *diphthérite bénigne molle* non infectante. Dans es fausses membranes ne sont pas de la diphthérite.

aujourd'hui l'opinion de la plupart des médecins, et elle vient d'être eau défendue par M. Laboulbène (1).

ie diphthérite ou diphthérite maligne est quelquefois sporadique, mais us souvent à l'état épidémique. C'est une des formes de l'angine ma- l'observe assez souvent dans le cours de la scarlatine, et elle débute gine scarlatineuse.

est tantôt lente et tantôt rapide dans sa marche. Elle peut rester quel- ps stationnaire et reprendre tout à coup de l'activité. Elle s'accompa- onflement des ganglions cervicaux voisins, d'albuminurie, avec fièvre ue plus ou moins prononcée causée par la résorption des produits u gangréneux. Alors la peau se décolore et le sang prend une cou-

ches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.

2.

leur bistre très prononcée, signalée par quelques médecins, et que j'ai d plusieurs fois.

Anatomie générale des fausses membranes.

Pour bien comprendre ce qu'on entend par *diphthérite*, il faut savoir c'est qu'une fausse membrane, connaître sa structure et son ex cette étude, il est impossible de rien comprendre aux inflammations p laires.

Un fait domine leur anatomie générale. Quel que soit leur siège muqueuses ou sur la peau, elles ont même apparence et même struct sorte qu'avec une composition semblable, elles peuvent avoir une différente que révèlent seuls le siége et la marche des accidents m

M. Laboulbène vient de démontrer ces faits déjà connus et que j'ai développés dans plusieurs mémoires, mais nul n'a multiplié les p autant que lui.

La structure de toutes les fausses membranes est « assez semblable Le coryza peut s'accompagner de concrétions pseudo-membraneuses q dépendent pas de la diphthérite (p. 91). Il y a une bronchite pseudo-m braneuse simple (p. 92). On connaît une pneumonie fibrineuse non di ritique et dont Remak, Henle, Caneva (2) et M. Gubler ont parlé (p l'ophthalmie pseudo-membraneuse (p. 98), l'angine couenneuse simple (p « L'examen anatomique des fausses membranes détachées des plaques » pès bucco-pharyngé (angine couenneuse commune), serait souv » soire si l'on voulait différencier ces productions plastiques de celle » diphthérite (P. 123). »

D'après M. Laboulbène, il y a un très grand nombre d'espèces de membranes :..... « Les fausses membranes de la diphthérite déposées muqueuses des voies digestives respiratoires, etc., ou sur divers points surface cutanée;..... les fausses membranes non diphthéritiques des couenneux, de la bronchite pseudo-membraneuse ou fibrineuse, de l'oph pseudo-membraneuse, de l'entérite couenneuse simple ;..... les membranes de la stomatite ulcéro-membraneuse, de l'herpès bucc ryngé pseudo-membraneux (angine couenneuse commune), de la sc angineuse pultacée ;..... les fausses membranes résultant de l'ac tartre stibié, du mercure, etc.;..... celles qui sont produites dans l par la dysenterie, les diverses concrétions muqueuses et gélatiniformes nales ;..... les fausses membranes et les concrétions muco-fibrineu ou moins épaisses qui accompagnent diverses affections des voies gé naires; celles qu'on rencontre sur le col de l'utérus, dans le vagin, e s fausses membranes qui peuvent recouvrir les plaies anciennes, les

(1) *Loc. cit.*, p. 90.

(2) Thèse, 1852.

ques ;..... celles qui se développent dans certaines formes de la pour-
d'hôpital ;..... les disques pseudo-membraneux des pustules de la
;..... les fausses membranes qui apparaissent à la surface des solu-
le continuité récentes (vésicatoires ou autres), et les diverses cicatrices
e de formation. »

ites ces fausses membranes ont une composition presque semblable. On
rra juger par celle des fausses membranes de la vraie diphthérite.

es fausses membranes de la diphthérite étalées sur une lame de verre,
uvertes d'une lamelle plus mince et placées sous le foyer du microscope,
entent :

Une *matière amorphe*, une sorte de gangue parsemée de fines granula-
moléculaires, qui, lorsqu'elles deviennent libres, sont agitées d'un
ouvement brownien ;

De la *fibrine* offrant l'aspect de fibrilles grêles, minces, très étroites,
is parallèles (fig. 3 et 4, p. 243), parfois irrégulièrement entrecroisées
tous les sens; plus rarement la fibrine est disposée sous une forme
leuse et composée de glandes très petites, placées bout à bout en
linéaires.

matière amorphe et la fibrine enveloppent, emprisonnent ou circon-
nt les éléments suivants :

Des *globules de pus* (leucocytes), à noyaux et sans noyaux (fig. 3

Des *corps granuleux*, leucocytes hypertrophiés et corps granuleux
erses variétés (fig. 3).

a en outre dans les fausses membranes de la diphthérite.

Une grande quantité de matières grasses sous forme de globules
is, ambrés, de dimensions variables..... dissoutes par l'éther ou
ce de térébenthine. Cette matière grasse encroûte souvent les lamelles
élium.

Des éléments d'épithélium à divers degrés de développement : *a*, sous
de cellules régulièrement arrondies avec un noyau.... et des nucléoles
s forme de cellules aplaties lamelliformes, plus ou moins contour-
sur elles-mêmes, montrant un noyau petit par rapport à la grande
sion des lamelles épithéliales; *c*, sous forme de cellules allongées, irré-
ement quadrilatérales et coniques, pourvues ou non de cils vibratiles
et 4).

Quand le sang épanché par suite d'ecchymoses a coloré ou taché les
es membranes diphthéritiques, on trouve des globules rouges de sang,
iers sur leurs bords (fig. 4), ou bien dentelés et déformés. Rare-
t seulement dans les bronches, j'ai trouvé des granulations pigmen-

cristaux de diverses formes, mais ceux que j'ai vus étaient peu

[illegible]

[illegible]

[illegible]

(1) [illegible]

brûlures étendues, avec suppuration abondante, empoi-
es malades. J'ai vu cette albuminurie se prolonger chez
guéri, et produire, comme dans la maladie de Bright,
et l'hydrothorax qui ont disparu à leur tour. On trouvera
genre publiés par moi dans mes *Leçons cliniques sur les*
e, et il y en a d'autres antérieurement publiés par le doc-

est grave, elle tue par l'infection dont je viens de parler,
amie, la décoloration de la peau et du sang qui prend
éjà signalée par différents observateurs. Dans un grand
e complique de croup et d'asphyxie que révèlent l'en-
nsensibilité progressive de la peau, alors les enfants suc-
de l'obstacle que des fausses membranes bronchiques
se, et on les voit pâles ou cyanosés, mourir dans un état
moins apparent (1).

rite maligne ou vraie débute par les fosses nasales et passe
suivre les phases qu'elle présente lorsqu'elle débute par
la même maladie. On la voit débuter aussi par la peau,
ulve, et ses conséquences sont à peu de chose près les
férentes espèces anatomiques de diphthérite : *tonsillaire*,
laryngée, *bronchique*, *nasale*, *cutanée*, *anale* et *vulvaire*.
ier pour en faire comprendre les différences.

diphthérite, ou *diphthérite maligne*, autrefois connue
ine maligne, d'angine gangréneuse, de mal de gorge de
ill, et qui n'est autre que l'ulcère syriaque d'Arétée, il y
'a de commun avec elle que le nom. C'est la *diphthérite*
e les cas où il y a des fausses membranes sur les mu-
peau, sans symptômes généraux d'empoisonnement, en
il y a *fausse membrane sans diphthérite*. Tel est le cas de
commune de M. Bretonneau; de la stomatite ulcéro-
cet auteur a rangée à tort dans la diphthérite grave; des
; de la pneumonie fibrineuse; des vésicatoires couen-
les fausses membranes sont plus ordinairement molles,
s; elles s'étendent peu et n'occasionnent pas de gangrène
roduits putrides. C'est ce que j'ai appelé *diphthérite molle*,
infectante, dans la discussion ouverte sur ce point à la
des hôpitaux en 1857. On pourrait, avec MM. Espagne,
ge, qui, en 1860, a défendu les mêmes idées, sans tenir
i publié avant lui, lui donner le nom de *diphthéroïde*. Les
ont toute l'apparence de celles qu'on observe dans la

ut, *De l'anesthésie dans le croup servant d'indication à la tra-*
ndus de l'Académie des sciences, 1859).

vraie diphthérite, et elles mériteraient assez bien le nom de *diphthéroïdes* leur a été donné, s'il y avait lieu de pouvoir les distinguer des autres par le caractères suffisamment expressifs. Malheureusement, ce n'est là qu'un mot. Il n'y a pas moyen, et personne n'est en état de formuler des signes distinctifs de la vraie et de la fausse diphthérite. L'expérience démontre, en effet, que si dans quelques cas la multiplicité des fausses membranes, le gonflement ganglionnaire et l'adynamie révèlent une diphthérite vraie, ailleurs, comme l'indique M. Bretonneau lui-même, des angines scarlatineuses répétées simples, de petites fausses membranes stationnaires apyrétiques du pharynx et en apparence bénignes, peuvent tout à coup se compliquer de phénomènes graves et mortels. J'ai vu des enfants qui n'avaient ainsi qu'une petite élévation couenneuse du pharynx et des amygdales, sans fièvre pendant huit douze jours, et qui, après ce temps, ont été pris d'accidents d'infection, ont succombé. Un de ces faits, recueilli dans mon service, a été publié par mon savant confrère, M. Paris, dans sa thèse inaugurale.

Il y a une diphthérite infectante et une qui ne l'est pas. Cela n'est évident pour personne. On en juge par les résultats, mais c'est trop tard pour l'honneur de la science. En temps opportun, c'est-à-dire au début de la maladie, pour le diagnostic comme pour le pronostic, il n'y a souvent que des signes équivoques, et, sauf les temps d'épidémie ou dans les cas très graves, il est impossible de distinguer les fausses membranes de la vraie diphthérite des fausses membranes de celle qui ne l'est pas.

Terminaison, pronostic.

Le pronostic de la diphthérite est très variable. Il diffère beaucoup dans la *diphthérite infectante* et dans la *diphthérite non infectante*. Celle-ci n'a que peu de gravité, tandis que l'autre est toujours une maladie sérieuse par les éventualités qu'elle fait courir aux enfants. Sa malignité varie dans l'état *sporadique* ou *épidémique*, et alors elle est très souvent suivie d'accidents mortels.

On cite des épidémies ayant sévi sur des communes où il y a eu autant de décès que de malades. La mort frappe dans les proportions de cent pour cent. Ailleurs, quelques victimes échappent d'abord en très petit nombre, puis en quantité plus considérable, à mesure que par générations successives s'épuise la malignité de l'influence morbide.

Toutefois, si le pronostic de la diphthérite est en général grave, c'est moins à cause des fausses membranes en elles-mêmes, qui sont le résultat de telle espèce d'inflammation, que par l'ulcération et la gangrène plus ou moins étendues qui les accompagnent, et qui favorisent l'absorption de produits putrides délétères promptement mortels. Là est la cause de la spécificité de certaines inflammations couenneuses. Ce n'est pas la fausse membrane, simple mélange de fibrine, d'albumine et d'épithélium, qui empoisonne les enfants, car alors toute fausse membrane en pourrait faire autant, et cela n'est pas. Il y a

rites non infectantes. C'est la phlegmasie ulcéro-gangréneuse qui est le l, et sans l'absorption qui s'opère à la surface des lymphatiques ulcé- fausses membranes, ombre et produit de la maladie, ne seraient qu'un t sans conséquence.

fection, voilà le premier et le plus grand des dangers de l'inflammation ense, analogue à l'infection purulente et à celle qui résulte des grandes tions de brûlure; elle s'accompagne d'adynamie, d'albuminurie, de ation des tissus, de la teinte bistre du sang, et quelquefois de purpura cès métastatiques des phalanges ou du tissu cellulaire. J'en ai vu déjà s exemples. Après la mort, du purpura existe souvent sur des séreuses les viscères. Les poumons renferment de petits noyaux d'apoplexie pul- e, et au centre de ces noyaux peut exister ce que j'ai vu plusieurs fois, s foyers purulents miliaires que je considère comme de *véritables abcès tiques*. Cela ressemblait aux petits abcès qu'on observe sur les pou- e sujets morts de la morve aiguë ou chez quelques varioleux.

utre danger de l'angine gangréneuse et couenneuse, c'est le croup. Ici es membranes jouent par elles-mêmes, et indépendamment de la spéci- mal, un rôle important. Par leur propagation dans les voies aériennes, ssent comme cause mécanique, empêchant l'hématose et amenant l'as- que révèlent la dyspnée, la cyanose et une anesthésie progressive plus s prononcée.

ie diphthérite, ou diphthérite ulcéreuse et gangréneuse, est grave enfin, traces profondes qu'elle laisse quelquefois dans l'organisme. Sa con- ce est souvent longue et difficile. L'anémie lui succède, et souvent e des paralysies essentielles du voile du palais, des membres, des des sens signalées pour la première fois en 1834, 1835 et 1836, dans port de causalité, par le docteur Orillard (de Poitiers), et depuis lors grand nombre de médecins (1).

lques malades, dit le docteur Orillard, conservent longtemps beau- de gêne dans l'*acte de la déglutition;* d'autres restent frappés de é ou d'*amaurose;* enfin, des désordres plus graves ont été observés e système nerveux. Toute altération avait cessé du côté de la gorge, actions digestives avaient repris leur activité ordinaire, le sommeil égulier, mais les fonctions locomotrices ne se rétablissaient pas, les ments de préhension ne pouvaient s'exécuter qu'avec un tremble- onsidérable, les doigts étaient incapables d'exercer la moindre pres- s malades essayaient quelques pas, chancelaient comme pris d'ivresse, ent besoin d'être soutenus pour éviter la chute; quelques-uns aient de vives douleurs dans les membres. Ces symptômes per- t quelquefois pendant plusieurs mois pour disparaître ensuite gra-

(1) Voyez page 134, dans le chapitre consacré aux paralysies essentielles, le rap- s accidents avec la *convalescence* de toutes les maladies aiguës.

ment. Chez les sujets affaiblis par l'âge ou par les privations, à
it terminer ces accidents (1). « Telle est en abrégé l'histoire de l
ie diphthéritique. Sa coïncidence fréquente avec les affections
neuses n'est pas contestable ; Hippocrate même l'a déjà signalée (2),

(1) *Mémoire sur l'épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1835, 1836 et 1837 dans le département de la Vienne* (Société de médecine de Poitiers).

(2) Voici comment s'exprime M. Littré à cet égard : « On lit dans le VIe livre des *Épidémies* (VI, 7, 1) la description d'une maladie qui ne porte aucune dénomination particulière ; l'auteur ne la désigne que sous le nom de *la toux*, ou *les toux* ; elle appelée l'épidémie de Périnthe [illegible] lle fut observée à Périnthe (Thrace). Voi cette description : quinze ou [illegible] après le solstice d'hiver, il y eut des to qui, d'abord, n'offrirent rien de [illegible] lier ; mais, avant l'équinoxe qui suit, l plupart des malades eurent une [illegible] qui se produisit d'ordinaire le quatrième jour. C'est alors que la maladie prit [illegible] ctère inattendu ; trois ordres de phénomènes y appa[illegible]t : les nyctalopies, le [illegible] et les paralysies. Quand, dans la récidive la toux [illegible] été peu [illegible] e-nuit, les malades, particulièrement les e fants, [illegible] ces nyctalopies s'établissaient comme [illegible] quand, au contraire, la toux de récidive avait [illegible] s dures et sèches, il se déclarait des aph[illegible]

[illegible] mmes, très peu de femmes libres et bon nombre de femmes esclaves ; et l'on observa que les paralysies frappaient surtout les membres qui avaient ressenti antérieurement, par l'exercice, le plus de fatigue.

» Une fois que j'eus bien saisi le trait essentiel de cette épidémie, tel que l'auteur se l'est représenté, c'est-à-dire une toux et des paralysies, il me fut possible de découvrir plusieurs passages disséminés qui s'y rapportaient et ajoutaient quelque chose aux renseignements. »

M. Littré cite ensuite cinq observations empruntées aux livres I et IV des *Épidémies* et il établit que ces observations se rapportent à un seul et même état pathologique. A l'époque où M. Littré écrivit son livre sur les *Épidémies*, il annonça qu'il ne savait pas à quelle maladie les rapporter, et qu'il fallait ranger cette épidémie parmi celles dont on n'a pas d'autre exemple. (Voy. le t. V, p. 265, de la trad.)

Aujourd'hui M. Littré, éclairé par les progrès de la science moderne, n'hésite pas à mettre à côté l'une de l'autre ces deux affections, et « ici se vérifie, ajoute-t-il, que l'interprétation des choses anciennes dépend du progrès actuel des connaissances de les sciences organiques et inorganiques. »

Ce médecin, faisant ensuite l'histoire de ce groupe symptomatique qui caractérise les paralysies consécutives aux angines, montre que ces affections ont été souvent observées sans que le lien qui les unit eût, jusqu'à ces derniers temps, été découvert. Il fait remarquer combien sont impuissants les caractères fournis par l'historien de l'épidémie de Perinthe, et il établit qu'il n'y a pas lieu de confondre cette épidémie avec celles de *grippe*, de *tac* ou de *horion* que l'on observa en France au XVe siècle.

Toutefois il signale, en le critiquant, un cas d'angine simple ou d'influenza rapporté par un auteur anglais, M. Eade, qui détermina de la paralysie, et il se demande comme M. Eade, s'il n'y a pas eu là une diphthérite méconnue. Représentant ensuite le parallèle des deux affections, M. Littré ajoute un nouveau trait de ressemblance ce

t savoir qu'on a observé des accidents semblables dans la convalescence variole, de la pneumonie, de la pleurésie, de l'angine simple (1), de la typhoïde, de la dysenterie, de l'érysipèle, de la bronchite, etc., etc., ce ourrait faire croire que la convalescence est pour beaucoup dans leur ction. Cette considération prend encore plus d'importance quand on que toutes les névroses autres que les paralysies essentielles se dévelop quelquefois dans les mêmes conditions de convalescence des maladies s.

convulsions, notamment la *chorée*, la *contracture*, l'*hystérie*, succèdent ougeole, à la scarlatine, au rhumatisme articulaire, à la fièvre typhoïde, ariole, au choléra complétement guéri, etc., etc.

spasmes tels que l'*hystérie*, les *palpitations*, le *nervosisme*, etc., suc- aux maladies aiguës longues et cependant bien terminées.

névralgies intercostales, céphaliques, et les viscéralgies de l'estomac, de s se montrent dans les mêmes circonstances.

vésanies enfin telles que l'*hypochondrie*, la *manie aiguë* ou *chronique*, *isme*, les différentes monomanies, etc., n'ont souvent pas d'autre

observé un certain nombre de faits de ce genre. Il y en a beaucoup dans la e et j'en ai publié un certain nombre dans mon livre sur l'état nerveux ou isme. Chacun en a vu plus ou moins dans sa pratique, et cela suffit pour une certaine réserve dans l'affirmation que les paralysies consécutives

en un état secondaire aussi de la gorge, lequel ne permettait ni d'avaler com- ent, ni d'articuler d'une manière distincte. Cela posé, il n'est plus possible r sur le diagnostic rétrospectif qui doit être porté.

part l'épidémie de Périnthe, méconnue jusqu'à ce jour, ajoute-t-il, et quelques ons aussi brèves qu'obscures, la collection hippocratique ne renferme aucune e la diphthérite. Pourtant cette maladie n'a pas été étrangère à l'antiquité; avons une très suffisante description sous le nom d'*alcère syriaque*, dans qui, il est vrai, est postérieur à Hippocrate de quelques siècles. Arétée n'a pas paralysie consécutive, soit qu'il ne l'eût pas observée, soit qu'il eût négligé de ner ce symptôme dont il ne peut pas voir la connexion. »

ittré, à la fin de son mémoire, cherche à caractériser plus fortement l'analogie x affections, et il termine par le résumé suivant :

résumé, il y a vingt-deux siècles qu'il régna une épidémie diphthéritique. Cette e eut des paralysies consécutives. Un médecin aperçut la connexité, et cette tion qui prouve, à travers un si long espace de temps, la constance des influences res et des réactions organiques, demeura enfouie dans l'obscurité, parce que ne signala pas la chose, et parce qu'il ne se trouva plus de longtemps aucun ont l'attention s'éveilla sur la relation entre des effets primitifs et des effets tifs. » (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVI, p. 795, et *Œuvres es d'Hippocrate*, traduction nouvelle par E. Littré, t. X, p. 1. Paris, 1861).

Marquez de Colmar, 1860. *Mémoire sur les paralysies consécutives aux angines*

à la diphthérite guérie, sont de même nature plutôt que le résultat de l'état général particulier de convalescence qui est l'intermédiaire de la maladie et la santé.

Ce serait peut-être ici l'occasion de discuter cette autre opinion récente qui attribue certaines paralysies essentielles des membres et des organes des sens ayant succédé à une angine simple non membraneuse, à une *diphthérite* ou *diphthérite*, comme on admet des varioles ou des scarlatines sans éruption. Le docteur Palanchon a même envoyé à la Société de médecine pratique des observations de paralysie prétendue diphthéritique, chez des sujets qui n'avaient eu ni angine ni fausses membranes sur aucun point du corps. Je ne partage pas cette opinion. C'est déjà beaucoup pour la science d'avoir admis des *fausses membranes sans diphthérite*, ce qui semble motivé par l'observation, mais s'il faut qu'elle accepte à présent la *diphthérite sans fausses membranes*, je doute qu'elle le puisse supporter sans dommage.

Traitement.

Le traitement de la diphthérite varie selon le siége anatomique de la phlegmasie ulcéro-membraneuse, et il exige qu'on ait une idée nette de la nature du mal à détruire.

Si la maladie est, comme je le pense, d'abord localisée sur un point, et ne devient générale, c'est-à-dire grave, que par l'absorption des produits formés sur le siége primitif du mal, il est évident que si l'on arrive à temps, on peut espérer détruire le mal sur place en enlevant ou en brûlant toute la partie malade.

C'est le cas de plusieurs maladies virulentes connues : de la pustule maligne, de la rage, de la syphilis dont on peut arrêter le développement par la cautérisation profonde des parties contaminées.

Qu'un germe parasitaire ou autre soit l'origine de la diphthérite, ou qu'une phlegmasie spécifique se développe sur un point et y produise l'ulcération membraneuse, peu importe. La maladie semble être primitivement locale, et si elle existe sur une partie accessible à la main, qu'on puisse détruire entièrement, il faut l'enlever là tout entière.

La destruction sur place est donc la première indication du traitement de la diphthérite. Sans voir les choses de la même façon que moi, M. Bretonneau avait conclu comme je viens de le faire, et les caustiques étaient pour lui le meilleur remède à opposer au mal. On peut employer la *cautérisation* ou l'*excision*.

La cautérisation avec l'acide hydrochlorique ou nitrique, avec le perchlorure de fer ou le nitrate d'argent, avec le fer rouge, peut être employée dans ce but. Elle doit être complète, détruire les parties ulcérées, ne pas aller au-delà pour ne pas faire de plaies qui se recouvriraient ensuite de fausses membranes. C'est ainsi qu'on a traité avec quelques succès l'angine maligne gangréneuse et couenneuse, les diphthérites de la peau, de la vulve, etc., etc.

autérisation ne détruit pas le mal et n'empêche pas l'absorption qui ıte sa gravité, on essaye de le neutraliser en dissolvant les fausses nes ou en combattant l'état phlegmasique locale.

sion peut, ainsi que je l'ai démontré, être employée dans le même sque la diphthérite commence par les amygdales hypertrophiées. fois l'*ablation des amygdales* a été faite au début de la maladie, cinq moi, dix fois par MM. Domerc, Symyau, Speckahn et Paillot ; et ois la maladie a guéri, sans que la plaie opérée par la section se t de fausses membranes (1).

ıt juger, l'amygdale en main, qu'elle était bien recouverte de véritables nembranes. Cette opération a pour avantage d'enlever deux amygdales volume empêche la respiration au point d'anéantir le oruit vésiculaire ıraît aussitôt après. Elle arrête la marche de la diphthérite, et peut er sa propagation dans les voies aériennes. Enfin, elle semble prouver e certaine période de l'invasion, la diphthérite est locale, puisqu'en ıt en totalité avec son support, on empêche l'infection générale qui la si souvent.

angsues ont été appliquées au voisinage des parties malades mais sans et M. Bretonneau condamne leur emploi.

ercure a été vanté et prodigué, mais il n'a pas tenu ce que M. Breton- ait promis en son nom, et on ne l'emploie plus guère dans la crainte enter la faiblesse des malades par l'altération du sang qui en résulte.

ılfure de potasse peut être donné à l'intérieur, chez quelques malades, ccès. On le donne à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme dans du de l'eau distillée.

ılorate de potasse bien souvent donné, d'après le conseil de MM. Her- ıche, Isambert, etc., dans la diphthérite infectante à la dose de 4 à mes par jour, n'a aucun effet sur elle. Il n'agit que dans la diphthérite fectante et particulièrement dans la stomatite ulcéro-membraneuse. ı fait mis hors de doute par les observations que renferme la thèse de nbert.

erchlorure de fer a été très vanté par le docteur Aubrun, et il compte aveur un certain nombre de succès. On le donne à la dose de 2 à ımes.

icarbonate de soude et tous les sels alcalins considérés comme dissol- e la fibrine, a aussi été administré sous toutes les formes à la dose de ammes dans les vingt-quatre heures. Il a quelques avantages et notam- elui de ne pas fatiguer les malades. C'est un médicament qui rend de rvices.

lissolvants et astringents capables d'attaquer les fausses membranes verre, ont aussi été mis localement en usage ; les alcalins en poudre

. Bouchut, *De l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse* (Comptes *e l'Acad. des sciences, 1857*).

ou en solution concentrée ; la glycérine pure ; les astringents tels que l'alun, le tannin ; le perchlorure de fer, etc., ont servi de *topiques*, mais avec peu de succès dans la diphthérite infectieuse. A quoi peut, en effet, servir de détendre ou de détacher une fausse membrane qui n'est rien par elle-même, si l'ulcération sécrétante, par où se fait l'absorption des produits gangrenés et putrides, reste là pour favoriser l'infection de l'organisme?

La convalescence mérite des soins particuliers, et s'il est possible, de la passer à la campagne en prenant de l'exercice en plein air, une bonne nourriture, des bains et du quinquina dans du vin de Bordeaux ou de Malaga.

S'il y a paralysie du voile du palais ou des membres, il faut joindre les moyens l'hydrothérapie, les bains sulfureux, les frictions sèches ou aromatiques, les bains de vapeur, les bains de mer, le massage, l'électricité, les eaux de Bussang, ainsi que des pilules ferrugineuses, les préparations iodées, etc. Dans ces cas il faut donner peu de boissons ou d'aliments liquides afin d'éviter l'inconvénient du retour par le nez, et il faut donner des bouillons épaisses au lait, aux purées de légumes ou de viande pilée et tamisée. En quelques jours ou en quelques semaines ces accidents guérissent presque toujours complétement.

Aphorismes.

372. Les inflammations ulcéro-membraneuses spécifiques dénotent toujours l'infection de l'organisme sont de la diphthérite.

373. Dans la diphthérite, l'ulcération et la gangrène qui existent au-dessous et au pourtour des fausses membranes, ont plus d'importance que la fausse membrane elle-même, car c'est l'érosion des capillaires qui est la cause de l'absorption des matières putrides et de l'engorgement des glandes lymphatiques correspondantes.

374. Les fausses membranes de la diphthérite n'ont d'importance par elles-mêmes que lorsqu'elles se propagent dans les voies aériennes, et constituant le croup.

375. Il y a des fausses membranes sans diphthérite sur un grand nombre de plaies, et on les produit à volonté sur des sujets sains, mais je ne nie pas bien qu'on l'ait dit, qu'il y ait des diphthérites sans fausses membranes.

376. Les fausses membranes sans diphthérite constituent la diphthérite bénigne non infectante.

377. La diphthérite vraie, ou diphthérite infectante, maligne, est toujours extensive et accompagnée d'érosion, d'ulcération ou de gangrène des tissus avec infection de l'organisme.

378. L'angine couenneuse sans diphthérite ressemble tout à fait à l'angine couenneuse diphthéritique, et il n'y a que l'extension du mal et ses complications de croup ou d'empoisonnement qui l'en séparent.

379. Dans la vraie diphthérite il y a phlegmasie ulcéro-membraneuse des amygdales, du voile du palais, des fosses nasales et quelquefois des yeux, avec gonflement des ganglions du cou et albuminurie.

30. Si la phlegmasie ulcéro-membraneuse de la diphthérite se montre
nairement sur les muqueuses nasale, buccale et bronchique, elle se mani-
également sur la peau dépouillée de son épiderme par de l'impétigo, un
catoire, une brûlure, ou sur une plaie quelconque.

31. La diphthérite buccale et tonsillaire accompagnée de toux rauque, d'en-
ment et de sifflement laryngé, est devenue un croup, et s'il y a en même
s perte progressive de sensibilité, c'est que l'asphyxie est en train de se
uire.

32. Quand la diphthérite s'accompagne d'adynamie et qu'une décolora-
subite des gencives, des lèvres et du visage se produit, on peut être sûr
se fait une infection de l'organisme et que la mort est prochaine.

33. Quelquefois *sporadique*, la diphthérite est beaucoup plus souvent
émique et jouit de propriétés *infecto-contagieuses* certaines.

34. La diphthérite tonsillaire n'est qu'une forme anatomique de l'angine
gne ou mal de gorge gangréneux.

35. La diphthérite est une affection d'abord locale qu'on peut détruire
place par la cautérisation ou l'excision des tissus affectés, et qui devient
ou moins rapidement générale par la résorption des produits putrides
ndrés par elle.

36. Si la cautérisation ou l'excision des parties affectées de diphthérite est
plète et faite à l'instant même de l'invasion, elle peut conjurer les consé-
ces du mal.

37. La diphthérite n'est une maladie générale infectante que par les produits
des et gangréneux qu'elle laisse pénétrer dans le sang et dans les humeurs.

CHAPITRE III.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Fièvre typhoïde existe-t-elle chez le nouveau-né? Non, diront ceux qui
dent aux maladies de représenter la dénomination qu'on leur applique,
n'y a pas de fièvre avec stupeur chez le nouveau-né. Oui, diront au
re les anatomistes qui, basant toute médecine sur l'anatomie patholo-
ont observé le gonflement et l'ulcération des glandes de l'intestin, c'est-
un des caractères de la fièvre typhoïde chez l'adulte.

e ces deux opinions, laquelle prendre? L'une ne s'occupe que d'une
matérielle, n'existant pas toujours et se montrant ailleurs que dans la
typhoïde, et l'autre prend pour base l'ensemble des symptômes offerts
s malades. Évidemment celui qui établit sa classification d'après l'en-
e des caractères, a moins de chance de se tromper que celui qui n'en
le qu'un seul.

nant donc pour base de notre jugement l'ensemble des symptômes
s par les maladies fébriles des voies digestives chez les enfants, nous
s : *non, la fièvre typhoïde* n'existe pas chez les nouveau-nés ni chez les

enfants à la mamelle, et on ne l'observe qu'à un âge plus avancé, entre la première et la seconde année de la vie.

C'était aussi l'opinion de Billard, qui dit que l'inflammation de l'appareil folliculaire de l'intestin ne donne lieu aux symptômes de la fièvre typhoïde maligne que chez les enfants un peu avancés en âge, tandis que chez les plus jeunes elle se montre avec les caractères de l'entérite simple.

Tous les faits de fièvre typhoïde chez le nouveau-né signalés par Littré, par Charcelay, par M. Bricheteau, etc., etc., d'après l'existence du gonflement des plaques de Peyer chez des enfants nouveau-nés morts avec les symptômes de l'entérite simple, ne prouvent donc pas ce qu'ont pensé ces auteurs, car dans toutes les entérites du premier âge étant accompagnées du gonflement et quelquefois de l'ulcération des plaques de Peyer seraient des fièvres typhoïdes.

En effet, sur 74 enfants d'un jour à un mois, morts après avoir présenté les symptômes de l'entérite simple, 41 dans la première septaine, 20 dans la seconde, 9 dans la troisième, 3 dans la quatrième et 1 le trente-deuxième jour, il y avait gonflement considérable des plaques de Peyer, et des glandes isolées de Brunner sous forme de psorentérie. Deux fois seulement les plaques étaient ulcérées. La muqueuse présentait de nombreuses arborisations capillaires inflammatoires.

Sur 52 enfants âgés d'un mois à un an, morts après avoir également offert l'ensemble des symptômes de l'entérite, les plaques plus nombreuses et plus gonflées ont été six fois le siége d'ulcérations.

Dans cette deuxième catégorie comme dans l'autre, il y avait un notable gonflement des ganglions mésentériques (1).

Après cet exposé, M. Hervieux n'a tiré aucune conclusion, et il semble avoir laissé à son lecteur le soin de la formuler : *Devine si tu peux et choisis si tu l'oses.*

J'ai vérifié l'exactitude des faits annoncés par M. Hervieux sur un grand nombre d'enfants de deux à trois ans, et comme lui j'ai pu voir, dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, des enfants morts avec les symptômes de l'entérite ordinaire, sans stupeur ni rien des autres caractères de la fièvre typhoïde, ayant dans les intestins, avec l'arborisation inflammatoire de la muqueuse, de la psorentérie et des plaques plus ou moins nombreuses variant de huit à vingt-cinq, tantôt lisses, tantôt pointillées, plus ou moins gonflées et quelquefois ulcérées.

J'ai vu la même altération dans l'intestin d'enfants morts de scarlatine, de phthisie pulmonaire, etc., de sorte que j'en suis arrivé à n'attacher aucune importance à la lésion des plaques de Peyer, si elle n'a pas été précédée des autres symptômes de l'affection dite typhoïde.

On ne peut donc pas dire que la fièvre typhoïde existe chez le nouveau-né et chez les enfants à la mamelle, à moins de constituer cette maladie par le seul caractère anatomique du gonflement des plaques de Peyer, et à moins de

(1) Hervieux, *Gaz. méd.*, 1835.

rer que dans ce cas ses symptômes étant ceux de l'entérite simple, il n'y a
a moyen de les distinguer l'une de l'autre. C'est une double erreur dans
lle il ne faut pas tomber.

la fièvre n'existe pas chez le nouveau-né avec la stupeur, l'adynamie,
ie, l'éruption lenticulaire du ventre, la douleur de la fosse iliaque et
ation du sang qui la caractérise un peu plus tard, elle existe chez les
ts un peu plus âgés et je vais la décrire.

fièvre typhoïde des enfants a été décrite autrefois par Rosen, Underwood,
façon très sommaire sous les noms de *fièvre rémittente*, ou de *fièvre*
que. On lui a aussi donné les noms de *fièvre muqueuse*, de *fièvre ma-*
de *fièvre entéro-mésentérique*, etc. Elle a été l'objet d'un grand nombre
avaux, par MM. Rufz, Henri Bell, Gendron, Constant, Becquerel,
n, Rilliet et Barthez, etc., etc.

fièvre typhoïde des enfants est une nosohémie ou altération du sang,
risée par la dissolution de la fibrine, accompagnée de lésions intesti-
pulmonaires et cérébrales.

lésions de l'intestin sont l'entérite avec hypertrophie et ulcération des
s isolées et agminées de l'intestin.

lésions du poumon sont la congestion et la pneumonie lobulaire.

lésions du cerveau sont la congestion de l'arachnoïde et de l'encéphale.

Causes.

fièvre typhoïde est une maladie spécifique engendrée par des miasmes
ure inconnue, reproduisant la maladie qui leur a donné naissance,
t naître spontanément par l'agglomération ou l'encombrement, et pou-
propager au loin par l'atmosphère.

une maladie infectieuse, ou peut-être *infecto-contagieuse* (1), ainsi
la résulte des faits de contagion renfermés dans la science.

ièvre typhoïde se montre beaucoup plus souvent de huit à quinze ans
trois à huit ans, et au-dessous de cet âge elle est très rare.

est infiniment plus fréquente chez les garçons que chez les filles, sauf
moment des grandes épidémies.

se développe indistinctement sur les enfants forts ou délicats, et les
s n'ont aucune influence sur son apparition ; il y en a en tout temps.
bserve en été comme en hiver, et cela dépend uniquement de la force
l'intensité de l'épidémie qui à Paris est en permanence, mais qui de
s à autre fait de plus nombreuses victimes sous l'influence de causes
nues.

ne sait rien de précis sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, sinon que c'est
naladie *endémique* ou *épidémique*.

(1) Voir la signification de ce mot dans mes *Nouveaux éléments de pathologie*
le et de sémiologie. Paris, 1857, art. CONTAGION.

Elle est endémique à Paris et dans tous les grands centres de population, l'encombrement, la misère et les privations peuvent l'engendrer. Mais elle est surtout épidémique comme on peut le voir, soit à Paris, lorsque le nombre des malades est considérable, ou en province, quand d'un endroit où elle n'existe pas, elle se développe subitement et fait un très grand nombre de victimes.

Est-elle *contagieuse*? Généralement à Paris on répond à cette question par la négative, parce que l'observation ne fournit pas d'assez nombreuses preuves du contraire. Il est certain qu'elle n'est pas ici tellement contagieuse qu'elle suive de maison en maison sur des sujets qui se fréquentent habituellement, mais on est mal placé à Paris pour juger toutes les questions de contagion et d'immunité. Dans cette ville, où sévissent en permanence les miasmes de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de l'angine couenneuse, etc., etc., il y a des immunités qui s'établissent chez beaucoup de sujets par l'absorption continuelle de tous ces miasmes, et de ce que certains individus acclimatés ou habitués aux miasmes comme d'autres sont habitués aux poisons, ne contractent pas la fièvre typhoïde auprès d'un typhique, il ne résulte pas que le mal soit non contagieux. En province, au contraire, et dans les petites localités, une fois la fièvre typhoïde établie dans un hameau, on la voit se propager au hameau voisin par tel ou tel individu qui en est pris et qu'on sait avoir été en contact avec quelqu'un du premier hameau infecté. On suit la maladie pas à pas, de commune en commune, et son caractère contagieux se trouve ainsi démontré.

Disons cependant que si la fièvre typhoïde est contagieuse, c'est à un bien faible degré, et que sous ce rapport, elle diffère beaucoup du vrai typhus, dont elle descend, comme variété dégénérée, et qui est, lui, doué de propriétés contagieuses incontestables.

Développement.

Quand, sous l'influence de ces causes, la fièvre typhoïde s'établit sur un enfant, il se fait un travail intérieur révélé par des *troubles dynamiques*: la fièvre, l'inappétence, la perte des forces, la diarrhée, etc., ce sont les *symptômes;* et par des altérations matérielles du sang, de l'intestin, des ganglions mésentériques, du poumon, etc., ce sont les *lésions anatomiques*, évidemment secondaires à l'apparition des premiers symptômes, et pouvant à leur tour jouer le rôle important de causes morbifiques secondaires.

Symptômes.

La fièvre typhoïde des enfants se présente sous plusieurs formes tellement différentes les unes des autres, qu'elles seraient méconnaissables et impossibles à réunir, si l'habitude des malades n'en donnait le moyen.

Elle se présente avec des *symptômes gastriques* fort bénins, qui font que

onne le nom de *muqueuse* ou d'*inflammatoire*, suivant qu'il y a prédo-
nce d'embarras gastrique ou de réaction inflammatoire ; ou bien avec des
ptômes d'*ataxie* ou d'*adynamie*, qui permettent de l'appeler fièvre
oïde *adynamique* ou *ataxique*.

hez les jeunes enfants de deux ans à huit ans, dominent les formes dites
ueuse ou *inflammatoire*, tandis que, passé cet âge, s'observent plus sou-
les formes *adynamique* et *ataxique*.

a fièvre typhoïde est une altération du sang accompagnée d'une triple
festation locale du côté du ventre, de la poitrine et du cerveau.

le débute par des malaises indicibles, par de la faiblesse et un change-
d'humeur, par de l'abattement progressif chaque jour plus marqué ;
quefois par des douleurs de tête et du mauvais sommeil ou de l'insomnie ;
e l'inappétence, et un peu de fièvre dont on ne s'aperçoit pas toujours.
elques enfants se lèvent encore, sortent, mais ils sont tristes, jouent
nonchalance, il est évident qu'ils sont malades.

état dure quelquefois plusieurs jours, ou seulement vingt-quatre heures.
l'enfant refuse de manger, et vomit quelquefois, ce qui est rare. Il y a
quelques-uns de la constipation ou des selles naturelles ; mais ordinaire-
dans la grande majorité des cas, de la diarrhée plus ou moins fré-
e et abondante, volontaire ou involontaire, suivant la gravité du mal. Les
es sont plus ou moins liquides, jaunâtres, quelquefois très fétides, noi-
mêlées d'un peu de sang, ou renfermant des ascarides lombricoïdes.
ouleurs de ventre se déclarent, plus fortes et plus vives dans la fosse
e droite que partout ailleurs ; l'abdomen reste souple ou se durcit, et se
d par des gaz formant un météorisme plus ou moins considérable, et il
à droite un gargouillement qui n'est pas constant, et qui est en rapport
a quantité des matières liquides stercorales, incluses dans le cæcum.
de la soif, la langue est blanche, villeuse, humide ou sèche, quelque-
ligineuse; les gencives sont roses, couvertes d'un enduit blanchâtre,
, pseudo-membraneux, peu adhérent ; l'haleine est quelquefois fétide et
res sèches, roses ou noirâtres, couvertes d'un mince enduit desséché.
face est presque naturelle dans la *fièvre typhoïde muqueuse ;* rouge, ani-
ans la *fièvre typhoïde inflammatoire ;* pâle, hébétée dans les *formes*
mique et ataxique. Alors les yeux sont languissants, la stupeur est évi-
et si l'on voulait faire marcher les enfants, ils ne pourraient se tenir
s pieds, tant est grande la faiblesse musculaire.

elques enfants ont de la lourdeur de tête, de la céphalalgie, des obnu-
ons, des tintements et des bourdonnements d'oreilles, des épistaxis,
aussi rare chez les enfants qu'elle est fréquente chez l'adulte.

uns dorment mal, rêvent, ne tiennent pas en place durant la nuit, se
lent à chaque instant pour se plaindre ou pour demander à boire ; les
s sont agités, crient et remuent sans cesse ; ils parlent en délire ou même
quefois ont de véritables hallucinations, lorsqu'ils voient devant eux des

objets qui n'existent pas, ou s'illu
autre. Pendant le jour, la plupa
on observe de la somnolence ou d

Presque tous les enfants tousse
ataxique et adynamique, la toux
avec une congestion lobulaire do
par des râles sibilant, ronflant et
de la poitrine. Des râles sous-crép
il faut craindre le développement

La fièvre est constante, caract
l'inappétence et la fréquence du p
120, 140 et 160 pulsations dans
presque inévitablement mortelle.
petit et serré. Il est souvent iné
irrégulier ou intermittent qu'en c
stante et continue, elle n'a pas
journée. Elle varie aux différente
plus ou moins régulières, d'où le
fièvre typhoïde de l'enfance. Qua
diques, ce qui arrive quelquefoi
croire que les enfants guériront s

Avec la fièvre, existe une chale
est quelquefois sèche, et ne de
couvre alors de sudaminas sur le
s'y montre quelquefois des tache
douzième jour des taches rosées
papules rosées, disparaissant sou
se montrent ordinairement sur le
en rencontre aussi sur le tronc
rale, il faut dire qu'elles sont ass
moins fréquentes que dans la fiè
elles sont d'autant plus rares que

Tels sont les symptômes géné
son type le plus habituel à Paris,
maladie où il est important de les

A. *Symptômes de la fièvre ty*
de la fièvre, de l'inappétence, d
ou de céphalalgie.

Il n'y a jamais d'épistaxis, de d
de l'insomnie.

Quelquefois les enfants vomis
ont ou des selles naturelles ou

constipation. Le ventre n'est jamais bien douloureux ni fortement bal-
et il ne présente jamais de taches rosées lenticulaires.
y a quelquefois de la toux et la poitrine renferme du râle sibilant et
eux.

te forme est la plus commune dans le premier âge. C'est celle que l'on
ve presque toujours de deux à cinq ou six ans.
e dure de deux à trois septaines quand tout marche régulièrement vers
rison. Si, au contraire, la maladie s'aggrave, elle dure un mois ou davan-
Dans ces cas, la diarrhée devient très abondante et fétide, mêlée de
ics. Ces enfants maigrissent, la fièvre ne cesse pas, ils tombent dans une
d'état cachectique, dans le marasme, et ils succombent.
e terminaison est assez commune chez les enfants de deux à trois ans,
lus tard la guérison de la fièvre typhoïde muqueuse est la règle, cette
de la maladie étant la moins grave de toutes.

ymptômes de la fièvre typhoïde inflammatoire. — Les enfants pré-
de l'inappétence, de la faiblesse, de l'abattement, et ils ont une fièvre
ive accompagnée de forte chaleur à la peau, de turgescence générale
illaires et de coloration rouge assez intense du visage.
entre souple, peu volumineux et peu douloureux, présente quelquefois
es lenticulaires, comme dans la forme précédente ; il y a de la diarrhée
exception, des selles ordinaires ou de la constipation.
a céphalalgie est plus fréquente avec insomnie, agitation, rêves, rare-
élire et de temps à autre il y a des épistaxis.
forme inflammatoire est très rare chez les enfants de deux à quatre ans.
vient commune chez les enfants plus âgés et s'observe surtout chez
i ont de huit à quinze ans. Elle guérit généralement assez bien en deux
septaines ou en un mois. C'est la moins grave de toutes les formes de
on typhoïde.

ymptômes de la fièvre typhoïde adynamique. — La fièvre typhoïde
ique débute comme les précédentes, par des phénomènes semblables,
bout de quelques jours, la maladie prend une gravité qui se révèle
certain nombre de symptômes en rapport avec l'anéantissement des
c'est-à-dire de la *tonicité* et de la *contractilité* générales.
s quelques jours de fièvre, d'insomnie et de diarrhée, on trouve les
s dans le plus grand état d'abattement et de prostration.
eulement s'observe la stupeur qui a fait donner le nom de *typhoïde* à
die.
enfants ne peuvent marcher ni se tenir debout sans tomber. Leur visage
attu, leurs yeux hébétés, sans expression, leurs pommettes un peu
s, leurs lèvres sèches, croûteuses ou noirâtres, les dents fuligineuses, les
es couvertes d'un enduit blanchâtre, l'haleine fétide, et la langue
te, poisseuse ou noirâtre desséchée.

ls restent dans le lit couchés sur le dos, dans un état de prostrat dérable d'où l'on a peine à les tirer. Quelquefois somnolents, ils gé crient quand on les remue ; ils ont de la céphalalgie, des obnubila tintements d'oreilles ou de la surdité, de l'insomnie, des soubresa dons et un délire plus ou moins prononcé. Dans quelques cas pl ont de véritables hallucinations. M. Thore en a rapporté plusieur et en voici un très intéressant recueilli dans mon service à l'hôpit Eugénie.

Observation I. — *Fièvre continue, forme ataxique ; hallucination* chel (Maria), huit ans, entra le 26 février 1859. Mère bien portante. Pe sujet à l'ivrognerie. Trois enfants vivants bien portants. Un mort de co Celle-ci a toujours joui d'une excellente santé et a vécu jusqu'à l'aané à la campagne. La mère assure qu'elle n'a jamais eu ni gourmes, ni convulsions, ni fièvres éruptives ni coqueluche. Pas de toux, ni de di bituelle. Elle a été nourrie au sein et est vaccinée.

L'enfant, dimanche matin, se réveilla avec une grande lassitude, ma et à la gorge, pas d'appétit et resta alitée, elle avait de la fièvre. P taxis ; mercredi, en outre, la diarrhée se déclara très forte ; cependant allée que deux fois la nuit dernière, une fois ce matin. L'enfant se ventre, elle a eu deux vomissements de bile mercredi soir. Toux peu soif vive. Les lèvres sont gercées par la fièvre depuis mercredi.

Le 27, pas de garderobe, langue blanche et sale, lèvres fuligineuses dents sont blanches, toux peu fréquente, soif très vive, délire presqu pendant toute la nuit, pas de taches sur le ventre, pas de gargouille la fosse iliaque droite qui semble douloureuse.

Le 28, le délire a continué toute la journée et surtout dans la nuit ; risé par des paroles incohérentes et des hallucinations et des efforts pour lit. Langue jaunâtre sèche, dents fuligineuses, lèvres sèches. Pas d'épi de céphalalgie, ni de douleurs en aucun point du corps. Cependant, si l' ne pas souffrir, les membres sont le siége d'une hyperesthésie généra souple, ballonné, plus douloureux à droite qu'à gauche, sans tache, sans avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de garderobe ; la ré de la poitrine est bonne ; il y a de chaque côté des râles sibilants, pe visage un peu animé avec expression de stupeur. (Limonade, cataplas tique 5 centigrammes.)

Le 1er mars, le délire a continué toute la journée et une partie de la fréquente, pas de vomissements, une selle en diarrhée très liquide, stup grande du visage, lèvres sèches, dents fuligineuses, langue jaunâtr ventre souple, généralement douloureux, surtout à droite, sans gargou ni éruption ; toux peu fréquente avec râle sibilant des deux côtés de la peau chaude, pouls 104 (ipécacuanha 5 centigr., émétique 5 centigr.).

Le 2 mars, un vomissement, plusieurs selles en diarrhée le matin, l'e rait calme, le délire a beaucoup diminué. L'enfant est couchée sur le cô souple, un peu douloureux, sans gargouillement dans la fosse iliaque éruption Stupeur assez grande, langue rouge, sèche, dents fuligineuses, fréquente, peau chaude, pouls 92. Toux un peu fréquente, un peu de r lants dans la poitrine (cataplasmes, eau rougie).

Le 3 mars, une garderobe très abondante, pas de vomissement, délire rable pendant la nuit, pouls 116.

Le 4 mars, deux garderobes en diarrhée, délire très considérable, langue sèche, ouls 140.

Le 5, deux garderobes, ventre souple, sans gargouillement ni éruption. La ngue et les lèvres sont toujours sèches, pouls 116 (bouillon).

Le 6, deux garderobes, même état.

Le 9, une garderobe, le cerveau est toujours pris, il y a cependant un peu l'amélioration.

Le 11, trois garderobes liquides, ventre souple, sans gargouillement, ni éruption, ni douleur, prostration considérable sans délire. Lèvres sèches, fuligineuses, soif fréquente, pouls 112.

Le 12, deux garderobes un peu liquides, ventre souple, un peu douloureux, angue sèche, soif fréquente, pouls 108.

Le 14, deux garderobes, pouls 104.

Le 16, deux garderobes liquides jaunâtres, ventre souple, indolent, sans gargouillement, langue blanche, humide, soif fréquente, mauvais sommeil, pouls 100. Il n'y a pas de râles dans la poitrine.

Le 17, une garderobe demi-molle, ventre souple et indolent, pouls 72 (bouillon, potage).

Le 21, bon état, une garderobe moulée.

Le 22, une garderobe moulée, pas de fièvre.

Le 24, convalescence, les parents l'emmènent.

Le 2 avril, l'enfant n'a plus de diarrhée et se lève une partie du jour.

Le 8, exéat; guérison.

Quelques-uns ont des épistaxis, mais ces hémorrhagies sont rarement aussi bondantes que chez l'adulte.

Il y a une soif d'abord très fréquente, mais bientôt les enfants ne demandent plus à boire, ils sont trop assoupis et trop indifférents à ce qui les entoure, de orte qu'il faut souvent les réveiller pour les contraindre à prendre leur oisson.

La diarrhée, plus ou moins fréquente et volontaire, devient fétide, involontaire, mélangée de lombrics, et le contact des matières sur la peau irrite le siége, u'il faut laver souvent à l'eau froide. Il y a de huit à dix et vingt selles par ur. Le ventre est quelquefois horriblement douloureux. Ordinairement la uleur n'existe que dans la fosse iliaque droite, ou existe aussi du gargouillement plus ou moins prononcé d'après la quantité de matières liquides contenues dans le cæcum. Dans ces cas existe toujours un ballonnement plus ou oins considérable causé par la distension de l'intestin par des gaz, c'est ce e l'on appelle du météorisme. Quand il est très considérable, c'est une use d'asphyxie ; quelquefois apparaissent des taches papuleuses rosées, lentilaires, disparaissant momentanément sous la pression du doigt ; elles sont rses sur la peau du ventre, quelquefois de la poitrine, du cou et des mbres, ce qui est extrêmement rare. Ces taches viennent du septième au inzième jour de la maladie. Elles durent deux à trois jours et disparaisnt sans laisser de traces. Elles sont d'autant plus fréquentes que les enfants t plus âgés, car on ne les observe presque jamais chez les jeunes enfants. Dans la forme adynamique existe toujours dans le ventre et dans l'hypoondre gauche une tumeur plus ou moins considérable, dont la percussion

r ièle le siége, la forme et l'étendue, et qui est due à la présence de gonflée par la stase sanguine.

Les enfants toussent toujours beaucoup dans cette forme de l typhoïde. C'est qu'en effet l'adynamie ayant pour conséquence la pe *tonicité*, des congestions sanguines se font dans la partie déclive de organes et surtout dans la partie postérieure des poumons, ce qui s'i par le décubitus dorsal des malades. C'est cette congestion et la phl pulmonaire consécutive qui sont la cause de la toux. La résonnan poitrine diminue, des râles sibilant, ronflant, muqueux, se font d'abord en arrière, puis dans toute l'étendue des poumons. Plus tu phlegmasie augmente, apparaissent la matité et le râle sous-crépitant quent un commencement de pneumonie lobulaire succédant à la co du parenchyme pulmonaire.

La fièvre enfin est ici très forte, avec chaleur sèche ou halitueuse de Le pouls varie de 120 à 160. Il est mou, régulier et inégal. Sa fr n'est pas toujours la même à toutes les heures du jour. Il y a des ri et des exacerbations quotidiennes. Celles-ci ont lieu surtout vers alors l'enfant est plus abattu, ses pommettes se colorent en rouge viol pouls devient plus fréquent pendant plusieurs heures jusqu'à la fin de

La fièvre typhoïde adynamique dure d'un mois à six semaines, si e pas traversée par de graves complications. Elle compromet très serie la vie des enfants et en fait périr un grand nombre. Toutefois, quand traitée avec un juste discernement des forces et des altérations locales, el en laissant après elle un état plus ou moins valétudinaire.

D. *Symptômes de la fièvre typhoïde ataxique.* — Les symptômes forme grave de la fièvre typhoïde de l'enfance ressemblent presque ment à ceux qu'on observe dans la fièvre typhoïde adynamique. Il peu près semblables, sauf en ce qui concerne les accidents nerveux.

En outre des phénomènes de la fièvre typhoïde adynamique, il très grande agitation, des cris aigus spontanés, ou provoqués par le r contact, par l'obligation de boire, par la nécessité des changements d de draps, par les soins de propreté, etc. Il y a des soubresauts de t des contractions continuelles fibrillaires dans les muscles, de la carphol enfin un violent délire. Les enfants ne savent plus ni ce qu'ils font ni c disent. C'est à peine s'ils reconnaissent ceux qui les entourent. Il leurs membres hors du lit, ils veulent se lever en luttant contre leurs g et l'on est obligé, pour les contenir, de les attacher aux barres de

Cette forme de l'affection typhoïde est aussi grave que la précédent fait périr un grand nombre des enfants sur lesquels on l'observe.

Marche, durée, terminaisons.

La fièvre typhoïde est une maladie continue avec phénomènes d tence qui ne constituent pas une interruption des accidents morbid

bis déclarée, elle parcourt inévitablement toutes ses périodes, si elle est abandonnée à sa marche naturelle, et elle ne s'arrête que si elle est dès le début attaquée par des moyens convenables. Toutefois, ce qu'on peut faire dans cette intention ne réussit pas toujours, et il y a des cas tellement graves qu'on ne peut en arrêter la marche. Il n'y a plus qu'à modérer les conséquences de la maladie sur l'existence des enfants.

Quand la fièvre typhoïde parcourt régulièrement ses périodes, les accidents se succèdent d'une façon à peu près constante. Après la fièvre, l'inappétence et l'insomnie ou la céphalalgie, viennent la diarrhée, les douleurs de ventre et le météorisme; la toux, la bronchite et la broncho-pneumonie; les taches lenticulaires aux environs du dixième jour; l'agitation et le délire avec les phénomènes d'abattement, de prostration, d'adynamie et d'ataxie; puis les complications, la convalescence ou la mort.

C'est en vain qu'on voudrait préciser d'une façon mathématique la durée de la fièvre typhoïde. Les chiffres ne prouvent rien en pareille matière et ne donnent qu'un faux semblant d'exactitude, c'est-à-dire des approximations. En effet, on ne sait souvent pas toujours quand commence la fièvre typhoïde, et il est impossible de dire *précisément* quand elle finit. Il y a souvent au début ou à la fin des erreurs de plusieurs jours. Pour avoir de l'importance, une addition doit être exacte; or, à quoi bon chiffrer des unités dont on ne connaît pas exactement le nombre? Les mathématiques ne souffrent pas de pareilles applications, et leur usage en médecine n'est que l'apparence d'une exactitude qui ne s'y trouvera jamais. C'est dire assez d'une maladie qu'elle dure trois, quatre ou cinq semaines, cela suffit à la science; mais dire qu'elle dure vingt et un jours, vingt-huit jours ou trente-cinq jours, quand on ne sait pas en préciser le début réel et qu'on peut encore moins dire l'heure exacte de sa terminaison, c'est un mirage qui ne trompe que les observateurs superficiels.

La durée de la fièvre typhoïde varie suivant la forme sous laquelle elle se présente. Dans sa forme muqueuse et inflammatoire, elle dure quinze à vingt jours environ et quelquefois se prolonge pendant un mois. A l'état adynamique et ataxique sa durée est d'un mois ou six semaines.

Les terminaisons de la fièvre typhoïde sont la *guérison* ou la *mort* produite par la maladie simple ou par des complications inattendues.

La guérison s'obtient quelquefois au début par une médication convenable qui neutralise la cause morbide et fait avorter la maladie.

Ordinairement, c'est au bout de trois septaines dans les cas légers ou moyens, et d'un mois au moins dans les cas graves qu'elle se produit. La diarrhée diminue avec les douleurs de ventre, le météorisme et le gargouillement; le pouls perd sa fréquence, les malades changent de place volontairement dans leur lit et se mettent sur le côté; la langue devient humide, le teint s'éclaircit, les yeux reprennent de l'expression, et à distance souvent, sans avoir *adressé une seule question* aux malades, on voit qu'ils vont mieux

rien que par l'expression de leur physionomie. Puis l'appétit revi une alimentation légère les forces et la vie momentanément comp

Quand au contraire la mort doit se produire, tous les syn diarrhée, de délire, de prostration, d'adynamie, de ballonnement de broncho-pneumonie augmentent, et l'enfant succombe à demi par la cause morbide et la résorption des matières putrides de affaibli par les évacuations alvines et l'inanition, ou étouffé p bronchique.

Complications.

Les complications de la fièvre typhoïde sont assez nombreuses, coup moins fréquentes en ville qu'à l'hôpital où les enfants sont pl gnés par suite d'une trop grande parcimonie administrative, et se tr mis aux désastreuses influences nosocomiales : ce sont la broncho-typhoïde et la pneumonie, l'entérite consécutive, les parotides, le l'otite, le muguet, les hémorrhagies intestinales, la perforation, l simple ou pernicieuse, et plus tard, dans la convalescence, la chorée, les paralysies essentielles, l'idiotisme, etc.

D'autres maladies s'observent encore dans le cours de la fièv surtout à l'hôpital, ce sont des maladies concomitantes plutôt qu plications. Dans ce nombre il faut placer la rougeole, la scarlatine le croup, etc., etc. J'ai vu un très grand nombre de faits de ce g

1° *Broncho-pneumonie.* — Dès que la fièvre typhoïde, quelle forme, a pris une certaine intensité, il se fait une congestion plus ou moins étendue. Elle se traduit d'abord par les signes de la b on entend dans les deux poumons du râle sibilant, ronflant et mu congestion succède la pneumonie lobulaire, dite typhoïde, et qu par de la matité, du râle sous-crépitant, quelquefois du souffle et sement de la voix; nonobstant cette complication les enfants peu

2° *Entérite.* — Il arrive quelquefois surtout dans la fièvre ty queuse, que la lésion des plaques de Peyer, insignifiante ou trouve suivie d'une diarrhée abondante causée par la phlegmasie de gastro-intestinale ou du gros intestin. La muqueuse est forteme elle forme des plis dont le sommet est couvert d'arborisations ca en résulte un état morbide qui empêche toute alimentation subs nuit à la récorporation et qui entraîne souvent la mort des enfan vent en effet, j'ai vu des enfants dont on pouvait croire la fièvre minée, et qui avaient une diarrhée consécutive causée par l'entér de ces enfants ont succombé.

Deux fois seulement, j'ai vu les accidents bornés à l'estomac, guéris du typhus être pris de vomissements continuels suivis de

3° *Parotides.* — Les parotides sont plus rares chez les enf les adultes. Je n'en ai encore observé que deux cas sur une garc succombé. En voici un exemple.

ERVATION II. — *Fièvre typhoïde, double métastase sur parotide et testicule.* garçon de quatre ans, M. D..., fut pris de fièvre avec inappétence, quel- omissements, sans constipation, puis de la diarrhée avec douleur du ventre a fosse iliaque droite, de toux avec râles sibilants des deux côtés de la poi- Au quatorzième jour une parotide se montra du côté gauche, arriva vite à ation et au dix-huitième jour une double incision donnait passage au pus dans la glande, au vingtième jour le scrotum à gauche devient douloureux emplit de sérosité, le testicule et surtout l'épididyme devinrent doulou- nsi que le cordon et l'état général devenant de plus en plus grave, la mort la conséquence.

Otite. — C'est une complication assez commune et qui n'a ordinaire- ien de grave. Des douleurs très vives apparaissent dans une et quel- dans les deux oreilles. Elles durent un ou deux jours, et cessent par ement qui s'établit par le conduit auditif externe. La suppuration dure es jours et se tarit ou bien, au contraire, elle commence un de ces cas hée rebelle qu'on rencontre si souvent chez les enfants et qui dépen- la constitution lymphatique des sujets.

Muguet. — Dans les cas graves adynamiques, il se fait quelquefois du à l'intérieur de la bouche, sur le voile du palais, dans le pharynx, ière à gêner considérablement la déglutition. C'est un fait rare que je ore observé que deux fois.

Hémorrhagie intestinale. — L'hémorrhagie intestinale est une compli- are de la fièvre typhoïde des enfants. Elle a cependant été observée Taupin, sur un garçon qui a succombé. J'en ai vu trois cas, deux e mort, et un troisième extrêmement grave chez une jeune fille qui, e de cette perte de sang, était devenue d'une pâleur effrayante à faire une fin qui n'eut point lieu. L'enfant a guéri.

VATION III. — *Fièvre typhoïde, hémorrhagie intestinale, nasale, con- anémie.* — Leduc (Lazarine), quinze ans, entra le 25 janvier 1856. La t bien portante et le père est mort de la poitrine. Il y a quatre enfants ; la fièvre typhoïde, et la troisième, âgée de douze ans, est atteinte de la aladie. Elle a été vaccinée, a eu la rougeole, des gourmes dans la tête andes au cou. Elle est sujette à la diarrhée, mais surtout à s'enrhumer. est malade depuis le 19 ; elle a été prise la nuit avant le 19. L'enfant u'un peu de toux.

, fièvre, frisson, céphalalgie ; vomissements hier seulement ; frissons pas de selles ; pas d'appétit. Toux assez fréquente ; pas d'épistaxis. Som- ez bon ; pas d'agitation ; pas de délire. Courbature générale, l'enfant ne tenir ; elle n'a pas pu venir à pied à l'hôpital.

6, enfant assez grasse et bien développée ; pas de menstruation. Céphal- tense ; pas d'épistaxis ; bourdonnements d'oreilles ; pas de troubles de n. Visage animé ; sans stupeur ; lèvres sèches ; langue blanche, humide ; quente ; quelques nausées ; pas de vomissements ; pas de coliques ; une obe liquide ; toux mêlée de quelques matières dures. Ventre souple, aplati, ouloureux dans la fosse iliaque droite. Pas de taches lenticulaires. Respi- assez fréquente ; un peu de toux, avec expectoration muqueuse, blanche, ; râles sibilants des deux côtés de la poitrine.

nfant *se plaint de douleurs générales* dans les membres ; tout son corps est

douloureux à la pression, dans les jointures et dans les parties int
La peau est modérément chaude, un peu sèche ; pouls large. 104.

Le mardi, cataplasmes ipéca, 4gr,10 de citrate de magnésie.

Le 27, plusieurs vomissements ; selles abondantes ; moitié liqui
solides. Ventre souple, toujours douloureux surtout dans la fosse ili
où l'on entend toujours des gargouillements. La peau blanche, rose
humide. Soif excessive ; respiration un peu embarrassée ; toux fréq
expectoration, blanche, aérée. Râles ronflants des deux côtés de la poit
d'agitation et pas de délire.

La sensibilité des membres, si vive hier, a un peu diminué. pou
pouls 164 (des cataplasmes, 100 grammes de glycérine, eau, 100 g

Le 28, plusieurs selles liquides, avec quelques matières solides. Pas
sements. Ventre douloureux dans la fosse iliaque droite. Langue b
fréquente ; toux pénible sans expectoration. Pas de râles dans la poit
modérement chaude, pouls 100.

Le 29, plusieurs garderobes liquides, mêlées de quelques fragment
Ventre douloureux, surtout à droite, avec gargouillement dans la fos
Langue blanche un peu poisseuse ; céphalalgie. (Une tache rosée l
couvrait son cil). Epistaxis peu abondante. Peau modérément chaude.
Bains. Plusieurs garderobes liquides ; jaunes comme de la purée, pas
sements. Langue blanche, humide ; ventre douloureux. La tache l
signalée ne paraît être qu'une petite pustule cutanée.

Assez bon sommeil. Peau modérément chaude. Pouls, 88-92.

Le 31, plusieurs garderobes liquides. Ventre douloureux dans la fos
avec gargouillement. Langue blanche, humide. Soif fréquente ; pas d
ments, un peu d'agitation ; sommeil intense. Peau modérément chaude.

Le 1er février, plusieurs selles liquides. Même état d'ailleurs, pouls

Ce matin devant nous, et depuis hier, des attaques d'hystérie ca
par des cris et des mouvements dans les membres supérieurs, qui se
involontairement, par des secousses musculaires assez fortes, par d
vements de tête sur l'oreiller et par quelques mouvements dans les
inférieurs. Il ne paraît pas y avoir de spasme du larynx ni de gêne de
. ation.

Le 2, selles abondantes, couleur purée de pois. Pas de vomissemen
ques attaques dans la journée ; peau sèche.

Le 3, selles abondantes ; pas de vomissements ; épistaxis peu a
Ventre peu tendu, douloureux, sans gargouillement. Sommeil plus
Toux peu fréquente ; toujours quelques râles dans la poitrine. Peau sèch
blanche, humide. Pouls moins fréquent, dicrote.

Le 4, quelques heures après la visite, en allant à la garderobe,
rendu du sang. Il y a eu plusieurs selles sanguinolentes dans la jour
la quantité rendue est peu considérable. Vers cinq heures, une épista
dante, de la quantité d'un demi-litre environ.

Ce matin l'enfant est pâle et amaigrie. Pouls assez fort, 108. Ven
un peu douloureux ; soif fréquente ; langue sèche ; un peu d'agitation ;
lire. Encore quelques phénomènes nerveux dans les muscles des mem
rougie, eau Rabel, 20 gouttes dans la potion et eau avec glace (boull
glycérine et eau de groseilles).

Le 5, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Une seule garderob
noire, dans laquelle existent des matières brunes comme de la suie.

Le ventre est aplati, toujours un peu douloureux. Langue un p
quente ; pas d'appétit. Bon sommeil ; pas d'agitation, ni de sec
comme les jours précédents ; peau modérément chaude, pouls

e 6, plusieurs garderobes liquides, brunâtres, verdâtres, un vomissement abondant. A pris des liquides et des quartiers d'orange. Ventre souple, tous douloureux dans la fosse iliaque droite. Langue humide et peu sale; soif uente. L'hémorrhagie intestinale ne s'est pas reproduite, il y a eu quelques ttes d'épistaxis. Pas de sommeil, sans agitation ni délire. Peau modérément ade. Pouls, 84-88 (pilules de glycérine, eau rougie et bouillon).

e 7, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite; plusieurs garderobes liquides; sommeil. Pouls irrégulier, 68 (bouillon, eau rougie).

e 8, l'hémorrhagie a eu de la tendance à reparaître dans la soirée par les nes, mais cela n'a pas eu de suite. Plusieurs garderobes liquides; pas de vo-ements (sous-nitrate de bismuth; crême de riz; potion avec eau de Rabel).

9, deux garderobes brunâtres; pas d'épistaxis; pas de fièvre (crème de riz).

10, pas de vomissements; selles abondantes, fréquentes et noirâtres, com-ment liquides, sauf quelques caillots. Peu de sommeil; calme du reste.

matin, pâleur très grande du visage, et des muqueuses, de la langue en culier; affaissement. Pouls un peu plus fréquent et sifflement dans les es. Souffle à la région carotidienne.

11, pas d'hémorrhagie; plusieurs garderobes liquides, teintes en noir; et l'une d'elles se trouve un caillot peu volumineux, noirâtre, un peu décoloré surface. Ventre souple et un peu douloureux. Langue rosée, humide; teint pâle, anémique; bruit de souffle, uniquement dans les carotides. Le pouls sé d'être irrégulier et monte à 100 pulsations.

12, pas d'hémorrhagie; l'enfant a été très tranquille; elle est très pâle. 84 (eau glacée, eau de Rabel).

13, pas d'hémorrhagie; plusieurs garderobes liquides, avec quelques ma-solides au fond (potage, eau rougie). Bon sommeil, bon appétit; l'enfant cessivement pâle, pouls 80 (25 centigrammes de fer réduit, eau de Rabel).

s d'hémorrhagie; une garderobe avec quelques matières solides; une selle moulée; pas d'hémorrhagie (bouillon).

16, une garderobe solide, continuation du fer.

17, une seule selle moulée; sortie guérie le 2 mars 1856.

ns ce cas la fièvre typhoïde a été caractérisée par de la fièvre, de la cour-e, de l'agitation, du délire, de la stupeur, quelques épistaxis, de la resse de la bouche, de la soif, de la diarrhée, du gargouillement et de la ur dans la fosse iliaque droite, des taches rosées lenticulaires au dixième uzième jour, de la toux et des râles sibilants et ronflants dans la poitrine: autant qu'il en faut pour caractériser la maladie.

e n'a rien présenté de particulier dans son cours, mais aux approches de valescence, au seizième jour de la maladie, au dixième jour de l'entrée pital, elle eut quelques accidents nerveux spasmodiques particuliers et te des hémorrhagies nasale et intestinale très abondantes.

ux jours après avoir eu une attaque d'hystérie, et du spasme diaphrag-ue, elle avait encore le pouls fréquent *dicrote*, et elle eut plusieurs selles inolentes. Dans la même journée, le soir, elle eut une épistaxis des plus clantes dont la quantité fut évaluée à un demi-litre. Les jours suivants, t encore des selles noirâtres mais peu abondantes. Au bout de trois jours, el effort hémorrhagique vers les narines et par l'intestin, mais l'écoule-t de sang fut peu considérable. Pas de pourpre sur le corps.

Il en résulta une anémie très prononcée, une pâleur considérable avec m dans les carotides.

Une hémorrhagie à cette période de la fièvre typhoïde se comprend ment, c'est la conséquence d'une ulcération de l'intestin, c'est une hém gie *passive*. Une épistaxis au déclin de la maladie est une chose plus surtout une épistaxis aussi abondante. Elle fut le résultat d'une dipa active, car on ne peut admettre qu'elle ait pour cause une ulcération muqueuse pituitaire. Ce fut une véritable crise opérée au quatorzième jo à partir de ce moment, la convalescence marcha plus rapidement. Elle n pas complète, car elle se reproduisit à un faible degré, le dix-huitième j mais ce fut tout. Depuis cette dernière hémorrhagie, l'amélioration fit les jours des progrès plus marqués, et l'enfant sortit guérie le quaran unième jour de sa maladie et le trente-cinquième jour de l'entrée à l'hôp

7° *Gangrènes, eschares.* — Les fièvres adynamiques sont quelq accompagnées ou suivies de gangrène. Cela est rare : Constant et Tapia signalé un exemple de gangrène du poumon, Boudet a vu la gangrè pharynx, Chippendale, celle du larynx, Legendre et Tourdes, celle d bouche, dont j'ai également une observation. Une fois j'ai rencontré la g grène de la vulve; enfin c'est après cette fièvre que la stomatite u membraneuse se déclare, soit seule, soit comme point de départ de la ga de la bouche.

Observation IV. — *Gangrène du larynx survenue dans le cours typhoïde; trachéotomie;* par le docteur W. Chippendale. — Un garçon huit ans est admis à l'hôpital, atteint d'une fièvre typhoïde qui dure une semaine. Bientôt après son entrée à l'hôpital, il présenta quelques menes assez rares : il fut pris de contractions convulsives dans les mem rieurs et inférieurs ; ce n'étaient pas seulement ces soubresauts des tend l'on observe souvent dans le cours de la fièvre typhoïde, mais bien des ments convulsifs violents ; en outre, le pouls était extrêmement freq diarrhée abondante et l'épuisement considérable. On administra des stim et l'opium pour calmer la diarrhée.

Quinze jours après, la respiration devint tout à coup fréquente et diffi l'après-midi du même jour, elle était manifestement laryngée, la depres sternale étant très marquée au moment de l'inspiration ; la langue sèche ; néanmoins, le petit malade boit sans difficulté, et l'examen de n'y fait rien découvrir d'anormal. Dans la soirée, les symptômes de continuant à augmenter et menaçant évidemment de suffoquer le malade, teur Chippendale se décide à pratiquer la trachéotomie. Le soulagement tané, et bientôt après l'introduction de la canule, le petit malade pu Le pouls reprit un peu de force, et, bien qu'il n'y eût qu'une légère hém pendant l'opération, les lèvres se colorèrent un peu. On soutint les forces malade en lui donnant un peu de vin et de bouillon.

Le lendemain matin, la respiration est de nouveau très fréquente, la can n'est pas assez large, et la quantité d'air qu'elle laisse passer est insuffisa Une tentative faite pour introduire une canule plus grosse échoue et, pe ce temps, les accès de suffocation se représentent avec plus d'intensité Fi le petit malade meurt vingt-sept heures après l'opération.

topsie. — Le larynx et la trachée seuls sont examinés. Il n'y avait pas de die de la gorge. Dans la cavité du larynx on voit une eschare noire, large ne une pièce de quatre pence, commençant à la racine de l'épiglotte, et ndant de chaque côté, en arrière, vers les cornes du cartilage thyréoïde. La ueuse de la trachée est rouge et injectée, mais il n'y a pas trace de fausse brane. L'incision faite par le bistouri avait intéressé les quatrième, cinme et sixième anneaux de la trachée.

es *eschares* s'observent aussi chez les enfants gravement affectés et dont e lave pas assez souvent les parties irritées par le contact des matières. commencent par des pustules d'ecthyma qui s'ouvrent, s'ulcèrent, dont ie s'agrandit et suppure abondamment. Ces cas sont rares et s'observent ut à l'hôpital.

Perforation intestinale. — Quand les ulcérations des plaques de Payer es follicules sont assez profondes pour intéresser toute l'épaisseur des nes intestinales, il ne reste plus que le péritoine pour fermer l'intestin. ce qu'on voit chez quelques enfants. Dans cet état, la moindre violence, and mouvement, un effort de défécation, le cheminement des gaz intes-, peuvent amener la déchirure du péritoine et faire ce qu'on appelle une ation de l'intestin. Aussitôt des cris douloureux subits révèlent l'exis- d'une douleur de ventre exaspérée par le moindre contact des parois bdomen ; des vomissements bilieux, verdâtres, se produisent ; le visage e, bleuit et se refroidit ainsi que les extrémités des doigts ; le nez se les yeux s'excavent, le pouls faiblit ou disparaît, et l'on a devant soi une nite aiguë qui va faire périr l'enfant en vingt-quatre ou quarante-huit . Cette complication n'est pas très commune dans l'enfance, et je ne core observée que trois fois.

a périodicité simple ou pernicieuse. — Personne jusqu'ici n'a encore dans la fièvre typhoïde le rôle de la rémittence et de la périodicité. ependant une des complications les plus graves et une des indications s heureuses de la maladie. La complication est grave, car, si elle est nue, l'inexpérience du médecin peut causer la mort des malades. C'est dication avantageuse, car, bien comprise, elle est le point de départ médication spécifique par le quinquina.

des fois déjà j'ai eu occasion à l'hôpital Sainte-Eugénie, à ma clinique, trer des fièvres typhoïdes où existait une rémission bien marquée des mes à heure fixe. Le quinquina a guéri tous ces enfants. Une fois M. Vibert étant mon interne, j'ai eu des accidents pernicieux quoti- algidité avec cyanose tellement graves qu'il y avait lieu de désespérer, ndant ils ont guéri sous l'influence du sulfate de quinine. Dans un autre ville, où me secondait aussi un de mes internes, M. Touzelin, j'ai eu, zième jour d'une fièvre typhoïde inflammatoire grave, des accidents eux de coma qui ont failli tuer l'enfant et dont le sulfate de quinine a hé.

Ces faits parmi beaucoup d'autres ont une haute signification. Pour le médecin à la hauteur de sa mission, ils veulent dire qu'en dehors de l'état des lésions matérielles, il y a encore autre chose à connaître dans les lois qui dirigent la matière des organes et dans la nature des éléments matériels. La périodicité est au nombre de ces éléments. Partout où on l'observe, même dans le cours d'une maladie comme la fièvre typhoïde où il semble qu'elle n'ait rien à voir ; il faut en tenir compte et obéir à l'indication qu'elle donne. Ici comme ailleurs, cette indication c'est l'emploi du sulfate de quinine.

10° *Névroses.* — Deux fois dans le cours de la fièvre typhoïde, vers son déclin, des hémiplégies avec conservation de la sensibilité se sont produites. Dans un cas c'était sur une petite fille de six ans que j'ai observée avec mon interne, M. le docteur Touzelin, et dans l'autre, l'accident a eu lieu sur une fille de douze ans qui a succombé dans un état d'asphyxie très prononcée.

Une autre fois j'ai vu des convulsions se manifester au treizième jour de la maladie, durer six jours et faire périr l'enfant sans laisser de traces de leur passage dans le cerveau.

Plus tard, dans la convalescence, d'autres accidents nerveux peuvent se produire, mais ils ne sont plus en rapport direct avec le poison typhoïde et les lésions qu'il détermine dans l'organisation. Ce sont des complications éloignées qui sont le résultat de l'état de convalescence, c'est-à-dire de l'état de faiblesse générale et d'altération du sang causés par une longue maladie. Ce dans ces cas qu'apparaissent, la chorée, certaines paralysies essentielles, les névralgies, les palpitations et les spasmes, l'idiotisme et autres névroses essentielles réunies par moi sous le nom d'état nerveux ou de nervosisme (1).

Ainsi j'ai vu une fille qui eut successivement une paralysie des membres inférieurs, des membres supérieurs, et une amaurose après sa fièvre typhoïde. Au bout de quelques semaines la paralysie générale disparut, mais l'amaurose devint définitive. Sur une autre il y eut seulement paralysie de la langue ; sur une troisième j'ai vu survenir de l'idiotisme ; chez un certain nombre enfin j'ai observé des palpitations, des gastralgies, de la chorée, et une fois de l'épilepsie.

11° *Maladies concomitantes.* — Il n'y a rien à dire de particulier sur les maladies concomitantes de la fièvre typhoïde ; ce sont des accidents qu'on observe peu en ville et qui résultent surtout de l'influence nosocomiale, on les observe surtout à l'hôpital. Ce sont la teigne, la rougeole, la scarlatine, l'angine couenneuse et le croup, les ophthalmies, la varioloïde, la variole, etc.

12° *Albuminurie.* — Chez quelques enfants il y a une albuminurie passagère avec desquamation des tubuli des reins, j'en ai vu deux ou trois exemples.

13° *Abcès métastatiques.* — J'ai vu une enfant guérie de la fièvre typhoïde, mais ayant des eschares et qui est morte de résorption purulente, avec de

(1) *De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme appelé névropathie prédisposition et confondu avec l'hystérie, l'hypochondrie, les vapeurs, l'anémie, etc.* Paris, 1860, in-8.

multiples du poumon. Il est probable que l'origine des accidents devait pportée aux eschares. Voici le fait, on en jugera :

:RVATION V. — *Fièvre typhoïde, ulcérations intestinales guéries : mort ; : abcès métastatiques.* — Julie Bouillet, quatorze ans, 16 janvier 1857. te enfant est souffrante depuis quinze mois et se plaint surtout des articu- . Au retour d'une fête à l'occasion du nouvel an, elle est prise de lassitude, au lit ; depuis ce moment, elle a eu une épistaxis, des douleurs épigastri- ès vives, de la diarrhée jaune, grande prostration, puis du délire ; des cris dernière ; elle est devenue sourde depuis peu.

e enfant est maigre, assez grande, offre des signes de puberté commençante, sait si elle est réglée ; décubitus dorsal avec résolution complète des mem- e visage exprime la stupeur, les narines sont pulvérulentes, les lèvres sè- aligineuses ; l'enfant ne peut rendre compte de ce qu'elle éprouve ; elle un peu sourde, et se plaint continuellement ; langue sèche, brune, soif te, pas de vomissements ni de garderobes ; le ventre est tendu, ballonné, ement douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, couvert de quel- ches rosées lenticulaires.

fant tousse un peu, la résonnance de la poitrine est bonne et l'on y entend sibilant partout ; pas de sommeil ; plaintes continuelles, sans délire, aude, sèche ; pouls 140 (cataplasmes : ipéca, 1 gramme ; citrate, ma- 8 grammes) ; le soir, pouls 132.

8, pas de vomissements ni de garderobes, ventre modérément tendu, fai- doulouureux, avec des taches lenticulaires à la surface ; plaintes conti- pas de sommeil, pas de délire, peau chaude, sèche ; pouls 136 (ipéca, me ; émétique, 0,25).

9, pas de vomissements, selles abondantes, liquides, jaunes. Même état ration et d'accablement, avec plaintes continuelles pendant la nuit, sans au rougie, limonade, vin, bouillon coupé).

0, pas de vomissements, trente selles très peu abondantes, volontaires, plati, douloureux, gargouillement dans toute l'étendue, langue humide, se ; la prostration et l'adynamie sont moins grandes, la surdité a dimi- nfant suit des yeux et commence à parler ; peau modérément chaude, 20 (eau rougie et bouillon coupé).

, pas de selles, même état général, mais abattement plus grand, pouls 122, le (eau rougie, bouillon).

2, pas de selles, état général identique, langue sèche et polie, ventre dou- pouls 120.

3, deux selles liquides, ventre douloureux et taches lenticulaires, pro- moins grande, pouls petit, 120.

4, deux selles liquides jaunes, peau abondantes ; ventre légèrement tendu, s douloureux, avec gargouillement ; une tache lenticulaire, langue sèche, soif fréquente, pas de vomissements, toux sèche, fréquente, avec râle des deux côtés de la poitrine ; pas de sommeil, hyperesthésie cutanée n, eau rougie).

5, plusieurs selles liquides avec quelques fragments solides ; le ventre douloureux, pas de vomissements, langue humide, lèvres sèches, dépouil- oif fréquente ; elle demande à manger ; mauvais sommeil troublé par de ion, pas de délire, pouls 120 (bouillon).

16, plusieurs garderobes liquides, ventre légèrement tendu, toujours très reux, avec une ecchymose sous-cutanée près de l'ombilic ; langue dé- e, rose, humide, soif fréquente ; la toux persiste, et il y a des deux côtés

de la poitrine des râles muqueux abondants ; mauvais sommeil ; peu de délire ; plaintes continuelles ; pouls 120.

Le 27, plusieurs selles liquides de même nature ; soif fréquente ; ventre toujours tendu ; douloureux ; sans gargouillement ; même prostration ; plaintes continuelles ; sommeil agité ; cependant le visage est meilleur ; le regard suit les objets, et l'enfant demande à boire et à aller à la selle ; pouls 121, petit (bain, eau rougie, bouillon).

Le 28, même état ; plusieurs selles : il s'est fait une eschare au sacrum.

Le 29, selles liquides, mais un peu moins fréquentes ; même état de faiblesse ; pouls 112 (bouillon, eau rougie).

Le 30, plusieurs garderobes liquides ; ventre aplati, toujours douloureux ; n'ayant pas de taches lenticulaires, mais quantité de petites pétéchies formant taches ecchymotiques. Quelques ecchymoses sous-cutanées s'observent également sur les jambes ; l'eschare du sacrum se détache, elle ne s'est pas agrandie et n'intéresse que la superficie du derme ; peu de sommeil ; agitation et plaintes continuelles ; sans délire ; toux assez fréquente, sèche, avec râles sibilants dans la poitrine ; pouls extrêmement faible, 112 (pain, bouillon, eau rougie ; 60 gram. vin de quinquina, bains).

Le 31, plusieurs selles liquides peu abondantes ; soif fréquente ; langue humide ; bon appétit ; peu de sommeil ; agitation et plaintes continuelles ; décubitus latéral à cause de l'eschare du sacrum qui ne fait pas de progrès et qu'on lave avec de la glycérine ; pouls 94-110, extrêmement faible.

Le 1er février, quelques vomissements ; la diarrhée continue ; pouls 100.

Le 2, plusieurs selles liquides peu abondantes ; pas de vomissements ; même état de prostration et d'adynamie ; l'amaigrissement augmente malgré la nourriture ; de nouvelles taches ecchymotiques se sont produites sur les membres, l'eschare augmente en longueur ; et plusieurs bulles d'ecthyma sanguinolent se sont produites sur la jambe et la cuisse gauche, pouls 116 (bouillon, vin de quinquina sous-nitrate de bismuth, 1 gramme, eau rougie).

Le 3, plusieurs selles abondantes ; pas de vomissements ; pouls 92, très dépressible, mais plus large ; les pustules d'ecthyma ne se sont pas développées (bains).

Le 4, plusieurs selles peu abondantes ; vomissements nombreux dans la journée d'hier ; langue rosée, humide, couverte d'un peu de muguet ; le pouls extrêmement petit, 120 ; pas de sommeil ; plaintes continuelles ; pas de vomissements, plusieurs selles peu abondantes, liquides ; ventre aplati ; douloureux ; les taches de purpura ont notablement diminué et il ne s'en est pas fait de nouvelles ; même état des eschares, pouls 120 (bouillon).

Le 6, 7, 8 et 9, même état.

Le 10, l'enfant est mort avec toute sa connaissance d'une façon presque subite au moment où elle venait de demander à boire.

Autopsie. — *Intestins.* — Les parois de l'intestin grêle étaient amincies ; leur surface interne marbrée de plaques colorées en rouge par l'injection des vaisseaux ; on ne découvrait pas de plaques de Peyer distinctes, mais on remarquait à leur siége habituel des surfaces oblongues d'une couleur un peu plus foncée, d'un aspect moins uni, moins lisse que la muqueuse avoisinante ; chacun de ces espaces avait la grandeur d'une plaque normale.

Dans la plupart d'entre elles on découvrait de petites dépressions circulaires ou ovales, de la grandeur d'un pois, tapissées par une membrane lisse qui passait sans interruption de la surface de l'intestin au fond de cette dépression et formant au pourtour de l'orifice de ce petit godet très aplati un petit bourrelet. Ils étaient autant d'ulcérations cicatrisées.

La foie était volumineux, pâle, un peu gras.

es *reins* étaient volumineux, pâles, blanchâtres, mous, gras.

es *poumons* paraissaient sains au premier aspect, à part le lobe inférieur du mon droit. Cette partie était rougeâtre, lourde, résistant sous le doigt, non e, et plongeait au fond de l'eau. On voyait des lobules à divers degrés de gestion; à la coupe on retrouvait ce même aspect et de plus de très petites es jaunes, les unes disséminées, les autres groupées; la pression les vidait n faisait sourdre des gouttelettes de pus visqueux.

ans le reste de ce poumon et dans le gauche, on trouvait disséminés sept s corps, d'un jaune très pâle, situés sous la plèvre qu'ils soulevaient comme nt de tubercules, de la grosseur d'un petit pois. Mais ce n'étaient pas des rcules.

n les fendant on trouvait le tissu pulmonaire sain autour d'eux, et on les trouformés par une petite poche à parois lisses contenant un pus jaunâtre visx; en général, la cavité était unique, à part l'une d'elles qui était formée par eurs petites vacuoles, régulièrement ovoïdes et s'ouvrant toutes dans un e commun.

Diagnostic.

ns l'enfance, le diagnostic de la fièvre typhoïde présente des difficultés ne présente que très rarement chez l'adulte. Outre que dans les deux ières années de la vie toute distinction rigoureuse avec l'entérite simple mpossible, à un âge plus avancé les embarras du diagnostic sont encore quefois très considérables.

fièvre typhoïde peut être confondue avec la fièvre éphémère, avec la ngite, avec la phthisie granuleuse aiguë, et avec l'entérite simple.

diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde avec la *fièvre éphémère* n'est fficile, car celle-ci dure de vingt-quatre heures à trois jours, et la durée énomènes fébriles auxquels se joignent de la diarrhée, de la douleur de et de la céphalalgie peut aisément lever tous les doutes.

ntérite simple peut aisément simuler la fièvre typhoïde surtout chez fants d'un à trois ou quatre ans, époque de la vie où l'on observe assez nt de la diarrhée fébrile. L'erreur entre ces deux maladies a lieu très mment, et il faut bien le dire dans quelques cas il n'y a aucun moyen de r. Toutefois en comparant les symptômes de l'entérite simple à ceux de rite typhoïde, on trouve quelques différences que je vais signaler.

s l'entérite simple, la diarrhée commence la scène morbide, tandis que fièvre typhoïde ou il n'y a pas de diarrhée, et s'il y en a, elle ne vient rès un ou deux jours de malaises et de fièvre.

s l'entérite simple, l'appétit persiste; il est nul dans la fièvre typhoïde.

s l'entérite les douleurs du ventre sont générales, tandis que dans ion typhoïde elles sont localisées dans la fosse iliaque droite.

s l'entérite enfin, les enfants ne toussent pas, tandis que dans la fièvre de, il existe de la toux et du râle sibilant, ronflant ou muqueux.

s la fièvre typhoïde enfin, il peut y avoir des épistaxis, de la céphalalgie, gitation, du délire, des fuliginosités sur les lèvres et sur les dents, des

taches rosées lenticulaires, et dans la seconde enfance de la stupeur et de prostration considérable.

La *méningite*, bien que cela puisse sembler étrange, peut être prise pour une fièvre typhoïde, et réciproquement. Cette difficulté n'existe presque pas dans l'enfance, et cela tient à ce que, dans certains cas de fièvre typhoïde, le début est caractérisé par de la fièvre, un vomissement et de la constipation. Cela fait comprendre l'erreur sans l'excuser. Que le doute règne pendant les deux ou trois premiers jours, je l'admets ; mais un peu plus tard on peut se prononcer, car dans la méningite, les vomissements sont plus fréquents et plus abondants, la constipation est absolue, difficile à vaincre par les lavements, il n'y a pas de toux ni de râles dans la poitrine, et chose importante, le pouls est fréquent, *irrégulier*, ce qui n'a pas lieu dans l'affection typhoïde. Enfin, après quelques jours de fièvre, le pouls tombe complétement dans la méningite, de façon à faire croire que les enfants sont guéris. Erreur fâcheuse ! vingt-quatre heures après cette rémission, le pouls se relève en restant toujours irrégulier, du strabisme s'établit, des cris aigus et *uniques*, hydrencéphaliques se font entendre, et les convulsions ou la paralysie emportent bientôt les enfants.

Dans la fièvre typhoïde, au contraire, les symptômes vont en augmentant chaque jour peu ou beaucoup ; il n'y a pas de rémission complète de la fièvre, la maladie croît ou décroît d'une façon régulière jusqu'à la guérison ou à la mort.

Si la phthisie granuleuse aiguë peut être confondue avec la fièvre typhoïde, ce n'est jamais chez les jeunes enfants. L'erreur n'est possible que chez des sujets de sept à quinze ans, car c'est à cet âge seulement que la tuberculisation aiguë des poumons se montre comme maladie primitive. La tuberculisation aiguë débute comme une bronchite, avec de la toux et de la fièvre, sans phénomènes gastriques et intestinaux, sans ballonnement du ventre ni taches rosées lenticulaires, sans épistaxis ni délire, et il n'y a que la stupeur et l'abattement qui puissent faire croire à une affection typhoïde. On évitera l'erreur en étudiant avec soin la marche des symptômes, et si l'on a vu paraître d'abord la fièvre et les autres phénomènes généraux d'inappétence, de diarrhée précédant de plusieurs jours la toux et les signes fournis par l'auscultation, il est probable qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde. La marche attentive des accidents suffit d'ailleurs pour dissiper en quelques jours toute espèce d'incertitude.

Pronostic.

La fièvre typhoïde des enfants est une maladie dont la gravité varie suivant la forme et d'après l'intensité de l'influence épidémique qui la produit.

Il y a des moments de l'année où la plupart des fièvres typhoïdes guérissent et d'autres au contraire, où la mortalité est très considérable. Le pronostic n'est pas absolument en rapport avec l'intensité des symptômes, car de

s typhoïdes, légères en apparence, se terminent mal, tandis que l'on les fièvres typhoïdes à forme grave se terminer très heureusement. A cet , le pronostic est extrêmement difficile, comme dans toutes les maladies iques, là où il n'y a pas de rapport constant entre les lésions et les sym- s.

fièvre typhoïde muqueuse et la fièvre typhoïde inflammatoire sont les graves de toutes ; elles se terminent ordinairement d'une manière favo- ns la seconde enfance, mais chez les jeunes enfants, la mort peut en conséquence. Dans ce cas, la diarrhée persiste, produit l'amaigrisse- état cachectique, et c'est dans une sorte de marasme aigu que suc- les enfants.

vre typhoïde adynamique et la fièvre ataxique sont très graves. Elles nt mieux que chez l'adulte, mais la mort en est aussi très souvent la ence. On peut prévoir cette terminaison, lorsqu'il y a un coma absolu, tration très forte, de la carphologie, du tremblement de la langue et es, du hoquet, des selles involontaires avec eschares au sacrum et rochanters, enfin une fréquence de pouls qui dépasse 160 pulsations.

Anatomie pathologique.

d la fièvre typhoïde occasionne la mort, on trouve souvent sur le des lésions qui expliquent un certain nombre des symptômes obser- dant la vie. Bien qu'il n'y ait pas de rapport exact et constant entre ptômes observés et les lésions, car, dans certains cas, ces lésions sont u peu appréciables, il n'importe pas moins d'en faire une étude atten- mplète et suffisamment détaillée. L'anatomie pathologique ne saurait base de la médecine, mais sans elle la médecine serait incomplète, et ait au rang du plus grossier empirisme.

l'influence des miasmes typhoïdes qui produisent la fièvre de ce nom, t dans les liquides et dans les solides des altérations nombreuses qui aissent qu'après les premiers symptômes, exactement comme dans les éruptives, l'exanthème succède aux symptômes de la période d'invasion. ésions existent dans le sang, dans les organes digestifs, cérébraux et oires.

ang. — Aucune analyse n'a été faite pour démontrer que chez les atteints de fièvre typhoïde, le sang soit altéré comme chez l'adulte et dans ses éléments. Toutefois, il est permis de croire que, dans l'un et cas, les altérations sont semblables. On peut supposer que la fibrine peu au-dessous de sa proportion normale, et a vu diminuer ses pro- plastiques. De plus, il faut admettre que chez l'enfant, comme chez , c'est le sang qui est le véhicule du ferment ou miasme typhoïde, se répand dans tous les organes pour anéantir leur tonicité, produire estions et autres lésions observées dans cette maladie.

2° *Appareil digestif.* — Dans les intestins, existent des traces d'inf mation de la muqueuse et des glandes isolées ou agminées qu'elle rend en si grand nombre.

La muqueuse présente çà et là, principalement à la fin de l'intestin gr des arborisations capillaires plus ou moins étendues, surtout autour des pla de Peyer malades.

Les follicules isolés, dits glandes de Brunner, sont ordinairement hyper *phiés* en très grand nombre, ainsi que les plaques de Peyer, qui devien très apparentes, rouges et tuméfiées dans toute leur épaisseur. Les u présentent un piqueté noirâtre, semblable à celui d'une barbe récemm aite, et les autres sont recouvertes par une membrane muqueuse, épai rouge, infiltrée de matière blanchâtre, lactescente. Il y a ainsi de dix trente plaques apparentes dans l'intestin grêle, et elles sont d'autant p rapprochées qu'on s'approche du cæcum. Dans le gros intestin, existe ég ment une hypertrophie des follicules isolés avec des arborisations capill plus ou moins étendues de la muqueuse. Ces altérations, quelquefois p développées, sont souvent les seules qui existent dans l'intestin des enf qui meurent de la fièvre typhoïde. Sont-elles, comme on l'a dit, caract tiques de la maladie? Je ne le crois pas, car, dans presque tous les cas d'e térite simple des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, cette même lé existe, ainsi que M. Hervieux l'a démontré, et ainsi que je l'ai vu bien des f De plus, elle existe également dans la scarlatine, dans certains cas de phlé et dans un grand nombre de maladies graves ayant occasionné la mort. Si cette forme *hypertrophique*, la lésion des plaques et des follicules de l'int tin n'a donc rien de spécial à la fièvre typhoïde, fait nosologique important qui contredit toutes les notions acceptées sur l'anatomie pathologique de ce maladie, faite seulement à l'âge adulte.

Cette *hypertrophie* des plaques de Peyer observée dans la fièvre typho et dans plusieurs autres maladies de l'enfance, reste à l'état d'hypertrop pendant toute la durée de la maladie, car c'est ainsi qu'on la trouve enc chez des enfants qui succombent au vingtième ou vingt-cinquième jour. A ce époque, elle devrait être suivie d'ulcération, ce qui n'a pas lieu chez tous enfants. Il est donc évident qu'elle peut disparaître chez les enfants qui gu rissent sans offrir d'autre modification, et qu'elle peut se résoudre par absor tion. En somme, dans certains cas de fièvre typhoïde, surtout dans la for *muqueuse* et *inflammatoire*, il peut n'y avoir aucune altération des plaq de Peyer, ou bien cette altération peut être bornée à une hypertrophie q s'observe ailleurs dans plusieurs autres maladies, et cette hypertrophie pe se terminer par résolution.

Chez d'autres enfants, les altérations des plaques de Peyer et des follicul isolés de Brunner, ressemblent aux altérations ordinaires de la fièvre typho observée chez l'adulte. Rouges, gonflées, d'autant plus nombreuses qu'on rapproche de la valvule iléo-cæcale, elles offrent à leur surface des ulcérat

ou moins larges et plus ou moins profondes. Rarement, ces plaques *dures*, infiltrées à leur base de cette matière blanchâtre, comme fibri-, que Vogel appelle *matière typhique*, et qui ressemble tellement au cule sous le microscope, qu'on ne peut l'en distinguer. Je n'ai rencontré lésion que trois fois. Ordinairement, les plaques gonflées sont *molles*, uand elles sont *ulcérées*, elles présentent des solutions de continuité, es, irrégulières, n'occupant qu'un point de la plaque, ou, au contraire, grande partie de son étendue. Ces *ulcérations* sont plus ou moins nom-ses. Leurs bords sont irréguliers, rouges, livides, déchiquetés, taillés à t assez élevés. Le fond est grisâtre, couvert de matières fécales liquides, -dessous, la surface inégale offre quelquefois des fragments de matière , jaunâtre, fibrineuse. Quand l'ulcération dure depuis longtemps, elle se en profondeur, détruit la muqueuse, et arrive jusqu'au péritoine, reconnaît par sa transparence. On comprend, dans ce cas, que le dre effort puisse provoquer une déchirure occasionnant la *perforation* ntestin.

uand les enfants succombent à une période très avancée de la maladie, au de six semaines ou plus tard, par suite d'une maladie accidentelle, ce rrive quelquefois, on trouve les plaques à demi ou complétement *cica-s*. Ces plaques conservent une coloration brune, ardoisée, avec une ssion sur le point ulcéré. En ce point, s'est refait une nouvelle mem-, mince, qui, plus tard, ainsi qu'on l'a démontré chez l'adulte, formera muqueuse de nouvelle formation. M. Taupin a eu l'occasion de voir un in de fièvre typhoïde, trois mois après la guérison, et voici ce qu'il a é : « Plaques de l'iléum saillantes, pâles, avec des orifices agrandis; de la valvule iléo-cæcale, confluentes, inégales, frangées, sans dépres-rès marquée ; mais à un pied de la terminaison de l'intestin grêle, j'ai ir un point déprimé, dans lequel la muqueuse était plus mince, trans-te, plus adhérente, et sous laquelle les fibres musculaires manquaient ement, tandis qu'on les voyait reparaître dans tous les sens au niveau dépression. »

follicules de Brunner sont, tantôt hypertrophiés et remplis d'un e peu épais, semblables à du muco-pus, tantôt enfin ulcérés à une pro-r plus ou moins considérable. L'altération n'existe pas sur tous les fol-ni sur chacun d'eux au même degré ; elle n'en occupe qu'un certain e, quelquefois peu considérable.

même temps qu'existent ces lésions, il y a dans l'intestin un certain e d'*entozoaires*, des tricocéphales dans le cæcum, et des lombrics dans , le jéjunum et l'estomac. Ils ne sont pas toujours très nombreux, est rare de ne pas en rencontrer. On a fait jouer jadis un rôle consi-e à ces entozoaires, car on les considérait comme la cause des accidents les, et l'on a souvent appelé *fièvre vermineuse* la forme muqueuse de fièvre typhoïde. C'est là un problème qu'il n'est pas aisé de résoudre.

Toutefois, si dans certains cas les lombrics donnent lieu à une entérite [illegible] que guérissent les anthelminthiques, la fièvre typhoïde, en créant un milieu nouveau par la formation de matières stercorales particulières, favorise l'éclosion des œufs de vers contenus normalement dans l'intestin. C'est ce qui explique la fréquence des lombrics dans cette maladie.

A la double altération des follicules et des plaques de l'intestin, se rattache celle des *ganglions mésentériques*, car partout où il y a une plaie, les ganglions lymphatiques correspondants sont malades. C'est un principe de pathologie générale qui ne souffre pas d'exception. Les ganglions du mésentère deviennent très apparents. On en voit un très grand nombre. Ils sont rouges, plus ou moins volumineux, et varient du volume d'un grain de mil à celui d'une petite noisette. Quelques-uns sont violacés, ramollis, et il y en a qui renferment un liquide rougeâtre, boueux ou blanchâtre, lactescent. L'altération est d'autant plus forte que les lésions de l'intestin sont plus étendues, et que les ulcérations sont plus nombreuses.

Il faut tenir grand compte de cette hypertrophie des ganglions mésentériques pour la vérification du diagnostic après la mort, parce que, comme l'hypertrophie simple des plaques de Peyer, si commune dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde, ne prouve rien, puisqu'on la rencontre dans plusieurs autres maladies, notamment dans l'entérite, il faut prendre en considération cette lésion des ganglions mésentériques qui existe dans la fièvre typhoïde à un degré beaucoup plus marqué que dans l'entérite.

Le *foie* est normal dans les cas de fièvre muqueuse ; il est volumineux, ramolli, partiellement décoloré dans les cas de fièvre adynamique.

La *bile* est alors assez généralement liquide, verdâtre, décolorée.

La *rate* est souvent grosse, ramollie, friable, et son tissu noirâtre, boueux, se laisse aisément déchirer sous la pression du doigt.

Sauf les cas de perforation intestinale qui amènent l'inflammation du *péritoine*, cette séreuse n'est point altérée dans la fièvre typhoïde.

3° *Organes respiratoires.*—Les *poumons* sont toujours le siège d'une congestion ou d'une splénisation lobulaire plus ou moins considérables, en même temps que les bronches sont remplies de mucus ou d'écume. Dans les poumons, les lésions existent toujours à la partie postérieure et latérale des lobes inférieurs, et à la base du lobe supérieur. Le tissu est plus lourd, en partie imperméable, mais facile à insuffler. Il est d'un rouge noirâtre, et la surface présente l'aspect d'un granit sombre à fond livide. On y voit des lobules pulmonaires juxtaposés, à différents degrés de congestion, les uns roses, les autres rouges, les autres bruns, les autres violacés ou livides, formant un assemblage singulier d'apparence granitique. A l'intérieur, le tissu mou, peu crépitant, présente des altérations semblables, et l'on y sent des noyaux plus ou moins durs formés par des lobules pulmonaires à un haut degré de congestion. Sur une coupe, on voit ces lobules différemment congestionnés, de différente couleur, conserver l'aspect spongieux, fin du poumon normal : mais çà et là sur les

durs le tissu ressemble à celui de la rate et constitue une véritable
n lobulaire. Chez quelques enfants, enfin, avec la splénisation il y
patisation lobulaire rouge ou jaunâtre et grise, caractérisant la
.

tains enfants, il y a des granulations tuberculeuses demi-transpa-
des tubercules à l'état cru, ramollis ou à l'état crétacé : ce sont-là
coïncidences.

enfin, il y a de petits noyaux d'apoplexie pulmonaire avec ou sans
lent central, de petits abcès du poumon entourés d'une zone de
, et c'est ce qu'on pourrait considérer peut-être comme la consé-
ne résorption purulente. Trois fois j'ai rencontré des abcès de ce
m'a semblé qu'ils n'avaient d'autre cause que la résorption du
par les ulcères de l'intestin, et je les ai considérés comme des
statiques.

me nerveux. — Le *cerveau* et les *méninges*, même lorsque les
érébrales ont été troublées par le plus violent délire et le coma, ne
is rien présenté qui expliquât les désordres observés pendant la
jection dans la substance cérébrale, du piqueté dans le centre ovale
s, une coloration plus vive de la substance corticale, une vascula-
s grande de la pie-mère, voilà tout ce qu'on rencontre. Cela est
pour expliquer les troubles intellectuels et sensoriaux éprouvés par
et d'ailleurs ces modifications légères se voient dans une infinité
ladies où l'intelligence n'est pas troublée. Ce sont là des troubles
dont l'anatomie pathologique n'a jusqu'à présent pas encore su
pte.

Traitement.

nent de la fièvre typhoïde est à la fois rationnel et empirique.
béissent aux indications que suggère l'état des enfants font le
rationnel, et sont empiriques ceux qui, adoptant une médication
même, ferment les yeux aux lumières de l'observation. Ce traite-
d'ailleurs selon la forme que présente la fièvre typhoïde et d'après
morbides qui peuvent lui être surajoutés. Il est différent dans la
neuse, inflammatoire, adynamique et ataxique. Il est modifié par
périodique, par les hémorrhagies et les complications qui peuvent
.

ications se présentent dans tous les cas de fièvre typhoïde :
ire l'embarras gastrique et faire disparaître les saburres de
er les matières liquides de l'intestin ;
nir et ranimer les forces.
r remplir ces trois indications, que je donne aux enfants, dès le
r, un vomitif ainsi composé :

Tartre stibié..... 25 milligr. à 5 centigr.
Citrate de magnésie..... .... 10 gramm. à 20 gramm.
suivant l'âge des enfants.

Si ce vomitif ne produit pas d'effet, on recommence le lendem jour d'après il faut recourir aux purgatifs salins.

Limonade au citrate de magnésie. 30 à 60 grammes.

ou bien :

Eau de Sedlitz..... 30 à 48 grammes.

Si la maladie est au début et qu'on l'attaque ainsi dès le pre second jour, on l'arrête dans sa marche, et c'est à peine s'il y a jours de convalescence.

Quand, au contraire, on néglige d'agir vigoureusement dès le fièvre typhoïde devra forcément parcourir ses périodes avec tou qu'elle entraîne pour les enfants.

Quelquefois cependant, malgré le vomitif et le purgatif donné dè la fièvre continue, mais amoindrie et plus faible qu'elle n'eût été avantageuse médication. La maladie persiste et suit sa marche régul il faut revenir aux purgatifs salins, tous les jours, pour évacuer le liquides du cæcum, circonstance que fait apprécier le gargouilleme fosse iliaque droite.

Tant qu'il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite, l doit purger les enfants atteints de fièvre typhoïde ; c'est le meill d'évacuer les matières liquides de l'intestin, d'empêcher leur actio sur la muqueuse, et d'éviter la résorption des produits putrides.

Dès que cesse le gargouillement iliaque, il faut interrompre l' évacuants.

La diète est nécessaire pendant les deux ou trois premiers jou ne faut pas la prolonger trop longtemps : dès le quatrième ou cinqu il faut donner du bouillon de poulet aux enfants et un peu d'eau roug C'est le moyen de soutenir les forces et de les ranimer, si elles affaiblies.

Comme tisane, il faut donner de la limonade sucrée, du sirop d du sirop de cerises, du sirop de groseilles dans de l'eau ; de la dé chiendent sucré, de l'eau de pomme, du sirop de quinquina dan rougie, etc.

Si la fièvre est très forte et la peau sèche, les bains sont très ut bon d'en faire prendre tous les jours, et on tiendra constamment plasmes émollients sur le ventre.

Fièvre typhoïde muqueuse. — Dans cette forme de la fièvre typ la tisane, un vomitif et un purgatif suffisent, en général, pour en

che et diminuer l'intensité. Des tisanes acidules, des bains, un peu de p de quinquina, de l'eau rougie et une faible alimentation complètent le tement.

Fièvre typhoïde inflammatoire. — Le traitement est à peu près le même dans la forme précédente. Ici seulement les bains sont infiniment plus essaires, et il faut en donner chaque jour pour diminuer la chaleur de la n et l'état d'éréthisme vasculaire qui caractérise cette forme de la adie.

Fièvre typhoïde adynamique. — Il faut commencer ici par un vomitif, tinuer chaque jour par un purgatif s'il y a du gargouillement dans la fosse que, et tant que persiste ce gargouillement; donner des bains, de l'eau use, du bouillon coupé et des boissons acidules.

Fièvre typhoïde ataxique. — Il faut employer ici le même traitement que s la fièvre adynamique et joindre ici l'usage des lavements d'asa fœtida ou valériane, et à l'intérieur le musc à la haute dose de 1 à 2 grammes par .

De l'élément périodique.

Quand la fièvre n'est pas uniformément continue, ce qui arrive très sou- t, et qu'elle offre le *type rémittent* avec des exacerbations quotidiennes bien ement marquées, il faut recourir au sulfate de quinine à l'intérieur ou en ment.

Si, comme cela se voit dans quelques circonstances, il y a des accident ralgiques, comateux ou algides pernicieux intermittents, ainsi que j'en ai les exemples, c'est encore une raison de donner hardiment et à haute dose ulfate de quinine.

Tels sont les moyens que j'emploie ordinairement contre la fièvre typhoïde, s cette thérapeutique rationnelle doit être modifiée par l'âge et par les plications d'hémorrhagie, de péritonite, de gangrène, de muguet, etc.

D'autres méthodes de traitement sont journellement mises en usage, mais je leur accorde que peu d'importance. Je vais néanmoins les faire connaître. sont l'expectation, la médication antiphlogistique, purgative, tonique, rante, contro-stimulante par le sulfate de quinine, révulsive, etc.

La médication *antiphlogistique* qui a donné, sous la direction de M. Bouil- , de très bons résultats contre la fièvre typhoïde de l'adulte, n'a jamais été ployée d'une manière exclusive chez les enfants. Par conséquent elle ne rait être jugée comme méthode. On a eu quelquefois recours à des émissions guines, concurremment avec d'autres moyens, mais elles ne donnent jamais bons résultats. Elles ne sont utiles que dans les cas de broncho-pneumonie nse ; chez ces malades il faut appliquer deux ou trois sangsues ou mettre ventouses scarifiées à la base de la poitrine.

L'*expectation* n'est pas une méthode, c'est la négation de toute croyance dicale, et la science qui aboutit à ce degré de scepticisme, ne mérite une considération. Il faut savoir s'abstenir et faire de l'expectation quand

il convient, mais s'abstenir par système partout et toujours dans toute fi typhoïde, ce n'est pas là de la médecine : c'est une *méditation sur la m*

Que signifie une médication dont M. Taupin, qui en a été le témoin, a dire : « On s'est borné à surveiller la marche de la maladie dont on a peut-être abrégé la durée au moyen d'un traitement plus actif ? » Il suf formuler cette opinion pour condamner la méthode dans son application sy matique et absolue.

Les *purgatifs* ont aussi été conseillés comme méthode exclusive de tr tement dans la fièvre typhoïde de l'enfance. Cela est fâcheux, car t méthode qui prive le médecin de sa liberté de suivre les *indications*, est m vaise. Des purgatifs salins sont donnés tous les jours jusqu'au moment d amélioration marquée pouvant faire prévoir la convalescence. On les d chez les enfants atteints de constipation comme chez ceux qui avaient diarrhée, dans les cas légers comme dans les cas graves, système fausse ne peut que nuire aux malades. De cette médication résultent souvent complications d'entérite ou celle de la perforation intestinale. En outre, les cas graves compliqués d'adynamie, elle augmente le ballonnement du v et favorise l'asphyxie.

La seule bonne manière d'employer les purgatifs dans la fièvre typhoïde siste, comme je l'ai dit plus haut, à ne les prescrire que d'après des m tions formelles que j'ai fait connaître au début de ce chapitre.

Les *toniques*, tels que le sirop de quinquina, d'une à trois ou quatre c lerées par jour, l'eau rougie, le vin pur, ont été donnés, mais ces médicam ne sont bons que s'ils répondent à une indication fournie par l'état des lades. Ils ne conviennent pas dans la fièvre muqueuse ou inflammatoi ne doivent être employés que dans le cas où existe de l'adynamie.

La médication *altérante* par le sulfure noir de mercure, par le calo employée par quelques médecins, ne vaut absolument rien et doit être p crite. En effet, les préparations mercurielles dans la fièvre typhoïde peu produire des effets diamétralement opposés à ceux qu'il convient de provoq Ils détruisent la plasticité du sang, occasionnent la dissolution de la fib déjà malade, et peuvent donner lieu à des accidents graves et mortels d'intox tion mercurielle.

La médication *contro-stimulante* par le *sulfate de quinine* produ rapide ralentissement du pouls et donne quelquefois de bons résultats. condamnerai cependant comme méthode exclusive. En effet, elle ne re que dans les cas où la fièvre typhoïde offre de la résistance et des exacerbat fébriles quotidiennes. Elle ne vaut rien dans les autres cas. Pourquoi d fermer les yeux à l'*indication* et suivre aveuglément ou sans raison méthode de traitement qui n'a d'autre raison d'être que la périodicité. servilité vis-à-vis des doctrines est triste en toutes choses, mais en méde plus qu'ailleurs elle est dangereuse, car elle compromet gravement la v l'individu.

es *vésicatoires* sont quelquefois employés dans la fièvre typhoïde à titre de *ulsifs*, dans certains cas graves de délire pour dégager la tête ou contre une plication de bronchо-pneumonie. Ils peuvent rendre des services, mais ce t pas comme médication exclusive. Leur emploi répond à une indication rminée.

es *ventouses sèches* sont souvent employées avec avantage dans les mêmes onstances.

n donne quelquefois du *kermès* dans la fièvre typhoïde, mais c'est moins re l'affection typhoïde que contre la bronchite et la broncho-pneumonie qui ompagnent. Dans ce cas ce médicament peut rendre de véritables services.

en est de même de l'*opium* sous toutes les formes que l'on donne aux des. C'est pour remédier à leur agitation trop grande et à la bronchite on veut calmer la toux.

s *eschares* peuvent être prévenues par de grands soins de propreté, mais les se forment, il faut les combattre par des lotions de vin aromatique, les applications de coaltar saponiné, par un mélange de blancs d'œufs et i-de-vie, par de la poudre d'amidon, etc., etc.

Aphorismes.

8. La fièvre typhoïde est une maladie générale épidémique, quelquefois gieuse, qui porte son action sur tout l'organisme, et qui modifie le sang, stin et les glandes, la rate, les poumons et le cerveau.

9. Dans l'enfance, la fièvre typhoïde peut exister avec des lésions de stin qu'on rencontre dans l'entérite simple et dans plusieurs autres ies de nature différente.

0. Les lésions de la fièvre typhoïde de l'enfance sont l'hypertrophie des es isolées et agminées de l'intestin, leur ulcération seulement dans les aves, le gonflement des glandes du mésentère et la congestion de la rate, umons et du cerveau.

. De toutes les congestions de la fièvre typhoïde, celle des poumons est grave, car elle entraîne la splénisation lobulaire, la broncho-pneumonie asphyxie mortelle.

. La fièvre typhoïde des enfants n'est jamais deux fois semblable à elle- ; autant de malades autant d'unités différentes et de typhiques parti- s.

. La fièvre typhoïde offre différentes formes qui en font varier l'expres- ymptomatique au point de la rendre méconnaissable.

. De la fièvre continue avec inappétence, de la diarrhée ou de la con- on, de la douleur iliaque droite et la perte des forces avec pâleur et vation de l'expression du visage, caractérisent la fièvre typhoïde mu- e.

. Une fièvre continue avec rougeur du visage, turgescence vasculaire

de la peau, constipation ou diarrhée, douleur iliaque droite, épis prostration, annoncent une fièvre typhoïde inflammatoire.

396. La fièvre avec agitation, délire, abattement, stupeur, ballonnem ventre, douleur iliaque droite, coma, diarrhée volontaire ou involon taches rosées du ventre, sécheresse de la langue et fuliginosités des l caractérisent la fièvre typhoïde *adynamique*. Elle est *ataxique*, ou ent quand à ces phénomènes s'ajoutent le tremblement musculaire, la empât le coma et la fureur d'un délire que rien ne peut modérer.

397. La fièvre typhoïde accompagnée d'exacerbations fébriles périod quotidiennes ou de symptômes intermittents réguliers, constitue la f rémittente. C'est une maladie à quinquina.

398. La fréquence de la toux accompagnée de dyspnée survenant d cours de la fièvre typhoïde annonce une pneumonie lobulaire.

399. Quand le muguet survient dans le cours de la fièvre typhoï maladie est presque inévitablement mortelle.

400. Des vomissements verdâtres subits avec refroidissement de la petitesse du pouls, cyanose du visage et violente douleur du ventre, ann une perforation de l'intestin et la mort.

401. Le hoquet qui survient dans le cours d'une fièvre typhoïde est p inévitablement mortel.

402. Dans la fièvre typhoïde des enfants un coma très prolongé est a

403. Il est bien rare que de grandes eschares produites dans la typhoïde adynamique ne fassent point mourir les enfants.

404. La diarrhée qui persiste chez les enfants atteints de fièvre typ dont l'état général est bon, annonce une complication d'entérite grave

405. L'inanition trop prolongée dans la fièvre typhoïde des enfants a toujours un état nerveux grave et quelquefois avec lui des vomiss nerveux incoercibles.

406. Il faut de bonne heure nourrir légèrement les enfants atteint fièvre typhoïde.

407. Au début de la fièvre typhoïde, quelle que soit sa forme, un v et un purgatif peuvent juguler complétement la maladie ou du moins modérer les progrès ultérieurs et favoriser la guérison.

408. L'émétique et le sulfate de soude, aidés de bains, de boissons ac et vineuses, du sulfate de quinine et du régime convenablement emp suffisent dans le plus grand nombre des cas pour guérir la fièvre typhoï

CHAPITRE IV.

DE LA CHLOROSE.

La chlorose est une nosoémie très fréquente de l'enfance. On l'ob chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance, mais elle n'a p les vrais caractères de la chlorose des jeunes filles.

hlorose de l'enfance est surtout de la chloro-anémie, c'est-à-dire un rissement du sang, caractérisé par la pâleur du visage, la décoloration res et de tous les tissus, la flaccidité des chairs et la mollesse des actes x et physiques de l'organisme.

t une altération du sang, mais la nature de cette nosoémie n'a pas été inée d'une façon précise. Aucune analyse n'a été faite pour établir les cations des éléments du sang. On ne peut juger de ces modifications que tuition, et on ne les admet que par analogie, uniquement à cause de la et de la décoloration des tissus.

hlorose de l'enfance est une nosoémie rarement *primitive*, ce qui la de la véritable chlorose des jeunes filles. Elle existe chez les garçons et s filles, autre différence qui la distingue également de la chlorose chez e.

t une affection *secondaire*, presque toujours *symptomatique*. Elle se lt dans le cours de la scrofule, de l'herpétisme, de la syphilis héréditaire, maladies aiguës ou chroniques de l'enfance. Le catarrhe chronique de tin ou l'entérite chronique en est le plus ordinairement la cause, et les s qui ont souvent la diarrhée se reconnaissent aisément à la teinte pâle particulière de leur visage.

état existe dans toutes les maladies chroniques telles que la phthisie, le u, les tumeurs blanches, les ostéites et les caries vertébrales, les adé- hroniques, les plaies suppurant depuis longtemps, la néphrite albumi- , la bronchite, etc., etc. Il se montre aussi à la fin de toutes les maladies , surtout chez les enfants débiles, lymphatiques, scrofuleux, pauvres, urris et placés à l'hôpital, mais là il n'est que transitoire, c'est l'anémie convalescence, et il disparaît par une bonne alimentation ou le séjour à pagne.

hlorose de l'enfance ne se reconnaît que par la décoloration du visage, res et des ongles, par la pâleur des tissus, par la flaccidité de la peau et uscles, par le peu d'énergie des fonctions, par le manque d'activité mus- e, et enfin par une indolence inaccoutumée dans le premier âge.

ppétit est capricieux et les digestions lentes, irrégulières, accompagnées ux d'estomac qui engendrent la boulimie ou la diarrhée.

cœur est facilement excitable. Les battements sont clairs, superficiels, s, souvent agité par des palpitations à la moindre émotion ou par un exercice, ordinairement sans bruit anormal. Chez quelques enfants il à la base du cœur, au niveau de l'orifice aortique un bruit de souffle u moins caractérisé sur lequel notre savant collègue M. Nonat a appelé tion (1).

ez les enfants chlorotiques, il existe souvent des bruits de souffle inter- nts ou continus dans les vaisseaux du cou et sur les jeunes enfants, c'est

Comptes rendus de l'Acad. de méd., 1859.

dans la fontanelle antérieure qu'on peut les entendre. Je les ai entend non-seulement dans ces points, mais encore sur l'oreille externe, en a cultant directement oreille contre oreille.

Quelle est la signification de ces bruits de souffle, et quel est leur sig Les opinions varient à cet égard.

Quelques médecins en placent le siége dans le système artériel et en con quence dans les artères carotides; d'autres le mettent dans le système veine soit dans les veines jugulaires, soit dans le sinus longitudinal supérieur, enfin dans le sinus pétreux. De plus, les uns en font le résultat d'une dim tion de densité du sang qui, ayant perdu ses globules, devient plus aqu et les autres, avec M. Chauveau, les attribuent à un simple phénomène p sique qui serait la production d'une *veine fluide* du système veineux, lors le sang passe d'un conduit étroit dans un conduit plus large.

L'opinion générale est que les bruits de souffle se passent dans les arti et sont dus à la diminution de densité du sang. Or, dans des *conduits fix* les expériences avec des liquides de différente densité ne donnent lieu à au bruit de souffle.

De plus ils existent sur des enfants et sur des adultes forts, rougeo, bien rés, non chlorotiques, et ils ont le type intermittent, continu et même sical, chez des sujets qui n'ont aucune diminution du chiffre des globule pas le moindre affaiblissement de la densité du sang. En effet, prenant à l pital les enfants teigneux, ou d'autres enfants bien portants dans une co ou un collége; chez des adultes, les sujets en bonne santé, on trouve s plupart des bruits de souffle au cou qu'il est fort difficile d'attribuer à un morbide. J'ai consigné ces résultats à propos des troubles de la circula produits par cette névrose (1).

Quant à leur siége dans les artères, lorsqu'on l'entend sur le sinus long dinal supérieur, il est évident qu'il n'a pas lieu sur un vaisseau de cette nat

Sans rien affirmer ou dénier sur ce point qui appelle d'autres études qui réclame de nouvelles expériences, décisives cette fois, puisqu'elles po ront sur des points déterminés d'avance, on peut dire que les bruits de so vasculaires n'ont pas, en ce qui touche le diagnostic de la chlorose des enfa une signification aussi précise qu'on le croit généralement. En effet, on r contre des enfants très bien portants ayant au cou un bruit de souffle cont et musical très prononcé. Les considérer comme des chlorotiques sur ce sig serait une erreur d'où il suit que dans l'enfance, le diagnostic de la chlor repose surtout sur la constatation des troubles de l'hématose, de la couleur visage et de l'allanguissement des fonctions.

Traitement.

La chlorose de l'enfance n'étant pas toujours une *maladie primitive*, ne d pas être traitée de la même façon que la chlorose de l'adulte. C'est presq

(1) *De l'état nerveux aigu et chronique*. Paris, 1860.

jours une *maladie secondaire*, et alors le traitement doit être à la fois celui la maladie première et celui de la complication. Il doit varier dans chaque selon les maladies aiguës ou chroniques, légères ou graves, locales ou hésiques, qui ont amené l'état de chloro-anémie qu'on veut guérir.

Dans la chlorose primitive, le fer en poudre, le sous-carbonate de fer, sirops de lactate de fer, de pyrophosphate de fer, la teinture de mars, le colat ferrugineux, avec le sirop de quinquina, le vin de quinquina, les s froids ou de mer, l'hydrothérapie, l'exercice à la campagne, sont ce l y a de mieux à employer. On peut aussi employer le sirop d'arséniate oude d'après la formule que j'en ai donnée :

Arséniate de soude.....	5 centi rammes.
Sirop de gomme.....	300 grammes.

ne cuillerée à bouche tous les matins.

Quand la chlorose est secondaire, il faut traiter à part les diarrhées rhales, les entérites ou bronchites chroniques, la scrofule, l'herpétisme milieu desquelles elle se produit. Ce n'est qu'après avoir tenu compte de aladie première qu'on doit s'occuper de la complication.

ans ce cas, le fer réussit moins bien et nuit quelquefois surtout dans la rose symptomatique des affections chroniques de l'intestin ou tuberculeuses poumons. L'arséniate de soude est infiniment mieux toléré et alors rend us grands services. Avec les préparations de quinquina, il faut conseiller ains froids, l'hydrothérapie, la vie à la campagne ou sur les bords de la et cela pendant plusieurs mois ou plusieurs années. C'est de cette manière nent qu'ou peut obtenir des résultats favorables.

CHAPITRE V.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE.

eucocythémie, découverte au même moment, à Würtzbourg et à Édim- par MM. Virchow (1) et Bennett, est une altération particulière du caractérisée par la multiplication de ses globules blancs.

premier de ces auteurs lui donne le nom de *leucémie*, ce qui veut dire *lanc*, dénomination mauvaise et qui peut égarer le médecin, car elle que à une autre altération de ce fluide, lorsqu'il est rendu *laiteux* par graisse divisée en gouttelettes d'une ténuité infinie. De plus, dans la cythémie le sang n'est jamais blanc et présente une teinte brunâtre, com- le à celle du chocolat délayé dans l'eau. M. Bennett, au contraire, en lui ant le nom de *leucocythémie* a nettement exprimé le fait qui se trouve altération du sang par des cellules blanches; λευκὸς, blanc; κυτος, cel-

La pathologie cellulaire basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus, de l'allemand. Paris, 1861, p. 130 et suiv.

lules; αἷμα, sang. Nous choisirons de préférence cette dernière appella

Née à l'étranger en 1845, la leucocythémie n'a été connue en Fr qu'en 1851, par une analyse du mémoire de Bennett (1). Au même mo l'auteur envoyait à la Société de biologie un résumé de ses recherche quatre observations (2). Les travaux de Virchow, imprimés la même an ne nous sont arrivés que bien plus tard et n'ont été connus que par extraits (3) ou par les analyses de M. Lasègue (4).

D'après ces travaux, il est facile de voir la part individuelle de Bennett e Virchow dans la découverte de cette altération du sang, aussi ne discuter nous pas la question de priorité soulevée par ces auteurs; nous ne nous o perons ici que du résumé de leurs doctrines. Quant aux faits confirm publiés depuis par les recueils scientifiques, ils sont déjà fort nombreux, n les consulterons pour en extraire ce qu'ils renferment d'utile, mais leur mération chronologique nous entraînerait trop loin. L'histoire a un autre que celui d'enregistrer des dates; elle doit faire revivre l'esprit de pas les faits qui le contiennent. Or, personne n'ayant complétement infirm résultats de Virchow et de Bennett, ils restent tous les deux quant à pré les seuls auteurs à consulter en matière de leucocythémie. C'est dans l écrits qu'il faut chercher à découvrir la pensée dominante de leur ouv le but qu'ils se sont proposé en lui donnant le jour. Cette analyse a d'a plus d'intérêt qu'elle nous montrera très nettement le point de départ question et ses différentes phases jusqu'à l'état actuel.

Le professeur Bennett considère la leucocythémie comme une alté du sang sur la nature de laquelle il ne s'est pas prononcé. Se bornant à stater les faits, il indique la présence du grand nombre de ces globules b dans le sang, la manière de les distinguer et la tolérance dont l'orga fait preuve à leur égard, puisque l'altération reste jusqu'à dix-huit mois tionnaire sans provoquer d'accidents bien caractérisés. Il fait connaître en les affections concomitantes, soit dans la composition du sang, soit da texture des autres organes. La rate, le foie et les ganglions lymphatiques souvent altérés. Dans la rate, c'est ordinairement une hypertrophie don à l'organe un poids de 1 à 7 livres; mais chez quelques malades, elle e *peu près saine*, ou seulement un peu plus compacte que d'habitude. observé trois faits de ce genre.

Dans le foie il signale des altérations très variées, depuis la simple co tion jusqu'à l'hypertrophie, la cirrhose, l'induration, le ramollissement cancer. J'y ajouterai, pour mon compte, l'*état gras* qui s'y observe quelques circonstances.

(1) *Union médicale.*

(2) *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*, 1re série, t *Gazette médicale.*

(3) *Gazette hebdomadaire.*

(4) Archives de médecine, 1858.

ns les ganglions lymphatiques, le professeur Bennett dit avoir observé, u mésentère, soit dans les autres parties du corps, l'hypertrophie, et la nérescence cancéreuse.

signale enfin l'hypertrophie des follicules isolés et agminés de l'intestin.

» symptômes de cet état morbide sont pour lui, l'anémie, l'amaigrisse-, l'œdème, l'ascite, l'anasarque, quelquefois de la fièvre intermittente tinue ; de la dyspnée, des hémoptysies, des hématémèses ou des hémor-s de la peau et une foule d'autres phénomènes accessoires qui se résu-par le mot de *cachexie*.

rofesseur Virchow a publié plusieurs mémoires, mais dans le dernier alement destiné à faire connaître la solution du problème pathologique ucocythémie qu'il n'avait pas voulu résoudre dans ses publications pré-es, il nous donne le dernier mot de sa pensée.

a leucocythémie est une maladie dont l'étude est plus avancée que celle ucoup de maladies décrites par les médecins de Cos, et parmi les altéra-u sang, c'est à peine s'il y en a une dont le développement, la marche ymptômes soient mieux connus.

e consiste non-seulement dans l'augmentation des globules blancs, mais dans la diminution des globules rouges. A la place des éléments du sang raient être colorés, il s'en produit d'incolores qui donnent au sang une *plus ou moins blanche ;* c'est une décoloration du sang, une *leuco-* un *albinisme* (1). »

onne n'a vu comme M. Virchow le sang plus ou moins blanc dans la thémie, et lui-même dans ses observations ne saurait être autorisé à e langage, car il dit quelques lignes plus bas : « Le sang qu'on obtient ellement pendant la vie n'est pas assez modifié pour qu'on puisse imméent et à l'œil en juger de son altération d'après la couleur. » L'*albinisme* n'existe donc pas dans le sang tel qu'on l'extrait des vaisseaux qui le nent. Cependant, si on défibrine le sang et qu'on le laisse en repos, les s rouges tombent au fond du vase et il se fait au-dessus une couche e qu'on dirait être formée par du pus et qui est constituée par des glo-lancs Si c'est là ce que Virchow appelle *albinisme* du sang, il a raison oint du vue, mais c'est une opinion difficile à soutenir.

près cet auteur, « la leucocythémie n'est pas la conséquence d'un autre athologique, c'est une maladie essentielle, et *sui generis* (2). » On ait peut-être qu'après une semblable assertion les cas de leucocythémie itive, sans altération viscérale concomitante sont fréquents. Eh bien ! ment. Virchow n'en cite pas un seul, et il n'y en a pas un de publié la science.

utes les observations de Virchow sont, au contraire, relatives à des

(1) *Loc. cit.*, p. 130.
(2) *Loc. cit.*, p. 141.

leucocythémies survenues dans le cours de maladies de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques, et que, d'après lui, « il est constant que ces altérations viscérales préexistent à l'altération du sang (1). » Il ajoute même : « La connaissance de la leucémie lymphatique est d'une extrême importance pour arriver à définir la nature de la maladie, parce qu'elle prouve que la dyscrasie est dépendante de la lésion d'organes déterminés. »

Ces différentes citations suffiraient pour combattre l'entité pathologique de M. Virchow par les opinions de M. Virchow lui-même, si nous n'avions pas des observations personnelles qui nous démontrent que la leucocythémie n'est qu'un effet secondaire de maladies antérieures, et n'est pas elle-même une maladie particulière, isolée.

D'après Virchow, il faut admettre une leucocythémie *splénique* liée à maladies de la rate, et une leucocythémie *lymphatique* dépendant de l'altération des ganglions lymphatiques. Elles ont toutes deux des symptômes semblables qui sont ceux des cachexies, mais elles se distinguent par l'état *anatomique*, la première étant caractérisée par la présence de globules blancs dans le sang, semblables aux globules blancs de la rate, et la seconde, au contraire, par la présence d'éléments analogues à ceux du parenchyme des ganglions lymphatiques.

De la sorte, une leucocythémie avec hypertrophie du foie, ou néphrite chronique albumineuse, peut être une leucocythémie *splénique*, absolument comme une leucocythémie provoquée par l'hypertrophie de la rate.

Les symptômes qui caractérisent cette altération doivent être divisés, d'après Virchow, en deux catégories d'après l'évolution du mal.

Ou bien la maladie est *fébrile*, la fièvre prend le caractère hectique et le malade meurt dans le marasme. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée ; la dyspnée est extrême et portée à un degré « qu'elle ne s'explique plus par des désordres musculaires ou pulmonaires, et qu'elle semble dépendre directement de la constitution intime du sang. »

Dans la seconde catégorie, les malades succombent aux progrès de l'anémie et à la diathèse hémorrhagique.

Le début de l'altération est insidieux et peut facilement échapper à l'observateur. Une fois établie, elle ne disparaît plus. Il n'existe pas un seul exemple de guérison avérée. Après des intervalles où le mal semble arrêté, il ne tarde pas à reprendre sa marche fatale.

Tous ces faits, sauf l'*albinisme du sang*, ont été vérifiés, dans ce qu'ils ont d'anatomique, par un assez grand nombre d'observateurs. Simultanément en Allemagne, en Angleterre et en France, des faits analogues ont été publiés par Rokitansky, Vogel, Uhle, Griesinger, Schreiber, etc., par MM. Vidal, Lenoir, Charcot, Robin, Vigla, Goupil, Woillez, Bourdon, Blache, etc.; ils ont récemment le texte et l'occasion d'une discussion très importante à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

(1) Loc. cit., p. 134.

artout on a été d'accord sur le fait anatomique qui est : la leucocythémie cidant avec les altérations du foie, de la rate et des ganglions lympha- es ; mais on discute sur la solution du problème nosographique pour ir si l'altération est cause ou effet, si c'est une maladie primitive ou une adie secondaire, en un mot, si elle n'est pas toujours une complication des adies dites *organiques*.

ous nous proposons de montrer que l'on s'est trop hâté de conclure, et , d'une part, au point de vue anatomique, la leucocythémie existe avec tres altérations que celles qui ont été indiquées par Bennett et Virchow, u'elle existe sans elles ; que, d'autre part, en clinique, la leucocythémie t qu'un effet de maladies antérieures au même titre que l'hydrémie, la nution des globules rouges ou la diminution de l'albumine du sang ; , qu'il y a une *leucocythémie locale*, une *leucocythémie générale aiguë*, ne *leucocythémie générale chronique*.

§ I. — Leucocythémie locale.

n a depuis longtemps noté l'accumulation des globules blancs dans les es qui sont le siége d'une stase inflammatoire. Virchow la signale égale- , mais c'est pour en atténuer l'importance. Il s'exprime ainsi :

Le sang en est si chargé que Weber, plus tard Rokitansky et Griesinger t admis que ces globules en excès étaient de nouvelle formation, soit 'ils provinssent d'une altération des globules, soit qu'ils fussent créés de ntes pièces. L'opinion la plus probable est celle d'Ennert, qui admet que globules blancs s'accumulent dans le fluide sanguin à l'état de stagna- n, parce qu'ils sont plus entravés que les rouges dans leur mouvement à sure que la circulation devient plus active. »

tte explication n'est qu'une hypothèse tendant à détruire la portée du natomique, mais ne détruisant pas le fait lui-même. L'avenir montrera qui a raison de Virchow ou de Griesinger et Rokitansky ; mais, dans le nt, il faut, pour rester dans la vérité, admettre en quelque sorte à titre soire une leucocythémie locale provoquée par l'inflammation des tissus.

§ II. — Leucocythémie générale aiguë.

qu'ici, Bennett, Virchow et les médecins qui ont entrepris la vérification avaux de ces deux observateurs, n'ont parlé que d'une leucocythémie ique, développée dans le cours et sous l'influence des maladies chro- s de la rate, du foie, des ganglions lymphatiques, de l'intestin, etc. Ils signalé l'influence des autres maladies que comme une cause occasion- très rare. C'est là, sans doute, une grande partie de la vérité ; mais ce pas la vérité tout entière. En effet, la leucocythémie peut se montrer le cours de plusieurs maladies aiguës. Toute diarrhée augmente le

nombre des globules blancs du sang pendant quelques jours ju
rison. J'ai vu plusieurs cas de leucocythémie sur des femme
fièvre puerpérale, mortes en quelques heures ou en quelques j
que le fait n'ait pu être constaté que sur le cadavre, il n'en a
grande importance. Longtemps j'avais pensé que cette altération
la fièvre puerpérale était formée par du pus, opinion viveme
mais après la découverte de Virchow et Bennett, ces faits me par
s'expliquer différemment, et ils me semblent devoir être consi
des cas de leucocythémie aiguë plutôt que comme des exemples

Donc chez des femmes mortes après quelques jours de fièvre
avec dépôts purulents des membranes et des parenchymes, o
sang de la veine cave rempli de globules blancs en quantité consi

Chose plus curieuse; chez une femme morte le troisième jou
chement, sans aucune lésion appréciable de l'utérus et de ses
lymphangite ni phlébite, sans suppuration d'aucune partie du co
contré la même altération. Une leucocythémie des plus caractér
seule altération anatomique trouvée sur le cadavre.

« Au milieu des globules rouges ordinaires, *nullement altéré*
« un nombre considérable de globules plus volumineux, incolo
« la circonférence, réunis par groupes de quatre à dix, ou isolé
« entre les deux plaques de verre, tandis que les globules roug
« autour d'eux comme l'eau autour d'une île. » Le nombre de
ces globules (130 à 150 dans chaque préparation) m'empêcha
dérer comme des globules blancs, qui sont ordinairement en pe
isolés dans le sang de l'homme sain, et je les considérai comme
de pus.

Quand la leucocythémie aiguë sera aussi étudiée que l'est déjà
marche est chronique, elle aura autant et peut-être plus d'impor
Mais il ne m'appartient pas de devancer la marche des progrès
par de fausses hypothèses. J'ai voulu rappeler ici quelques faits q
ultérieurement leur place lorsqu'ils auront pu être contrôlés
observateurs, soit dans la fièvre puerpérale, soit dans la fièvre t
et dans les différents typhus.

§ III. — Leucocythémie générale chronique

C'est la leucocythémie de Bennett, de Virchow et de tous ce
occupés du sujet. On est encore loin d'être d'accord sur sa na
lui-même dans le mémoire qu'il vient de publier, ne le sait g
nous, et son indécision se révèle par les contradictions de
« C'est, dit-il, une dyscrasie dépendante de la lésion d'organes
Plus loin, il ajoute : « Il est constant que les altérations de
glions préexistent à la leucocythémie, quelle que soit celle

qu'elle revête, qu'elles peuvent exister des mois et des années avant que scrasie se manifeste, et d'un autre côté, il n'est pas moins certain que la mie n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité de la lésion organique elle dépend. »

pendant, à la fin de son mémoire, on trouve cette phrase « : La leucé- n'est donc pas une simple conséquence d'un autre état pathologique, une maladie essentielle et *sui generis*. » Il me paraît difficile de conci- es propositions opposées, et de ne pas y voir une incertitude de doctrine évidente, que justifie le petit nombre d'observations sur lesquelles re- la systématisation prématurée de nos connaissances sur la leucocythémie. ne crois pas, pour mon compte, que la leucocythémie soit une entité logique et une maladie spéciale, *sui generis*, elle paraît être la consé- ce d'un état morbide antérieur, c'est-à-dire une véritable complication, aladie secondaire, et je suis bien aise de voir que, pour Virchow, la ion est loin d'être résolue.

lésions organiques qui favorisent le développement de cette leucémie ique sont : les hypertrophies de la rate (Bennett, Virchow, Vogel, Schrel- harcot, Vigla, etc.); les hypertrophies des ganglions lymphatiques ow, Schrelber); les hypertrophies des glandes de Peyer (Schrelber); pertrophies du foie, l'inflammation chronique de l'intestin, comme on e voir dans l'observation d'une petite fille de trois ans et demi, publiée irchow.

sang des leucocythémiques, analysé dans ses éléments constitutifs, offre angements considérables : ainsi, d'après Bennett, Virchow, Vogel, sa est moindre qu'à l'état normal. Cela se comprend par la quantité surabondante du sang. Les chiffres de la fibrine, de l'albumine et des varient guère, dit Virchow, et cependant, dans les six analyses pu- par Bennett, on trouve, pour la fibrine, les chiffres énormes que voici :

Sur 1,000	6,00
—	2,30
—	7,08
—	4,75
—	5,00
—	4,46

ombre des globules rouges est très diminué, comme dans l'anémie, et armi eux une quantité exagérée de globules blancs dans la proportion ers, d'un quart, d'un dixième, d'un vingtième, etc., au lieu de la pro- ordinaire de 1 sur 100 ou 200 environ.

67,50 — 40,70 — 101,63 — 97,93 — 80,00 — 97,39.

roportion d'eau a été représentée dans ces analyses par les chiffres s :

854,50 — 881,00 — 816,07 — 819,80 — 829,00 — 815,80.

Dans une analyse plus récente de M. Becquerel, on a trouvé :

Pour les globules	70,5
Pour la fibrine	[illegible]

Et sur 1000 parties de sérum :

Albumine	40,5
Matières extractives	12,5

Dans la leucocythémie générale chronique, le début est très insid[illegible] cette altération du sang n'est reconnue que trop tard, lorsqu'elle a a[illegible] assez haut degré. Bennett, Virchow ont rapporté des observations [illegible] affectés depuis trois ou quatre ans de tumeurs de la rate et du foie sa[illegible] cythémie, et qui, un peu plus tard, leur ont présenté cette altération p[illegible] gique. On ne peut savoir quand ni comment elle se forme. C'est la co[illegible] tion possible et non pas nécessaire d'une foule de lésions organiques [illegible] de la rate, du foie, des intestins, des ganglions lymphatiques, etc ; [illegible] un mot, la raison anatomique d'un certain nombre de cachexies.

La leucocythémie est caractérisée par une pâleur mate ou jaun[illegible] grande de la peau, avec ou sans amaigrissement du corps, par de l[illegible] membres ou de l'anasarque, par l'hydropisie des séreuses ; dans [illegible] par de la disposition au *purpura*, aux hémorrhagies de la [illegible] queuses et du tissu cellulaire. Ainsi, M. Vigla a raconté à la S[illegible] cine des hôpitaux l'observation d'un homme qui eut dans [illegible] maladie une tumeur sanguine du tissu cellulaire de l'aisselle, [illegible] quelques heures, et d'où l'on tira une fois 300 grammes, une [illegible] 200 grammes, et une troisième fois 1200 grammes de sang [illegible] cythémique. Ordinairement, ce sont des taches de purpura [illegible] les muqueuses ou des hémorrhagies de l'intestin. Chez ces [illegible] la dyspnée, des palpitations avec ou sans bruit de souffle [illegible] carotides ; la soif est augmentée, et il y a, soit de la [illegible] avec la diarrhée, ou de la diarrhée ; les malades, enfin, [illegible] fièvre et des sueurs venant par paroxysmes avant de s'établir [illegible] continue.

Ce sont là, comme on voit, les principaux symptômes de [illegible] l'analyse optique du sang, il n'y aurait guère moyen de dis[illegible] états l'un de l'autre. Je regrette même que les partisans de [illegible] n'aient pas fait eux-mêmes ce diagnostic différentiel, et [illegible] comparativement le sang dans les différentes anémies [illegible] ptomatiques connues, de manière à faire un tableau comp[illegible] globules dans la chlorose, dans la chloro-anémie, dans l[illegible] chroniques, dans la cachexie scrofuleuse, cancéreuse ou sy[illegible] de manière à ne pas laisser de doute dans l'esprit des [illegible]

Quand il s'agit d'une révolution à opérer dans la [illegible] état morbide à classer, on ne saurait trop prendre de précau[illegible]

faut rendre justice aux recherches de Bennett et de Virc
un progrès scientifique réel; mais il ne faut pas s'abu
quences immédiates. Non-seulement elles ont besoin d'êtr
lées, mais encore elles doivent être faites, comme je l'
d'individus indistinctement et dans toutes les maladies
qui altèrent profondément la composition du sang. A cet
saura à quoi s'en tenir sur la leucocythémie, et il sera pe
l'histoire de cette altération de façon à la classer comme
soit dans les maladies proprement dites, ou seulement d
des maladies, c'est-à-dire dans les maladies secondaire
Bennett se sont un peu trop hâtés de conclure. Déjà illus
verte, ils auraient bien fait de la consacrer définitivement
tation plus complète, plus précise et plus variée, sans lais
d'achever leur œuvre.

En résumé :

La leucocythémie n'est pas une maladie primitive, c'est
daire et une complication.

On n'a jamais vu de leucocythémie primitive.

Il y a une leucocythémie *locale* produite par l'acc
globules blancs à la suite de l'inflammation des tissus.

Il y a une leucocythémie *générale aiguë* produite par l
notamment par la fièvre puerpérale.

Il y a une leucocythémie *générale chronique* causée p

rapprochement avec une maladie semblable observée chez les porcs, et la ation du mot de *scrofule*, de σκροφη, truie. C'est le mal qu'on désignait lis sous le nom d'*écrouelles*. Les tubercules en sont la conséquence.

Quelques micrologues contestent la parenté du scrofulisme et de la tuber- lose. Entraînés par ce faux principe de pathologie générale que des produits tomiques distincts supposent des causes morbides différentes et qu'un même duit dépend toujours de la même cause, ils séparent la *scrofule* ne donnant qu'à des phlegmasies spéciales, du *tubercule* caractérisé par un élément omique particulier connu de tout le monde. Pour eux, la différence de uit entraîne une différence de nature, et reconnaissant que le tubercule s les caractères d'une maladie diathésique, ils en ont fait une diathèse rculeuse à côté de la scrofule. Ainsi se morcelle tous les jours de plus en la pathologie sans profit pour la pratique et au détriment des grandes médicales qui ont fait jusqu'ici la gloire de la science.

parer les tubercules de la scrofule, sous prétexte que le produit anato- e tuberculeux diffère des produits de la scrofule, mais c'est comme si oulait séparer les accidents tertiaires des accidents secondaires de la lis et couper la diathèse en deux, parce qu'il y a dans les accidents ter- s des produits fibro-plastiques qui n'existent pas dans les autres. Autant ait encore couper en deux la goutte, parce qu'elle produit tantôt l'in- ation simple des petites jointures, et tantôt des concrétions tophacées s spéciales d'urate de chaux. L'argument tiré de la différence du produit nique pour enlever la tuberculose de la diathèse scrofuleuse n'est donc alable. C'est un excès d'anatomie pathologique qui n'est justifié que par ne intention de ses auteurs. En médecine, il n'y a de bonne classifica- que celle qui repose sur la nature des causes morbides. Ici, tout s'ac- pour contraindre la science au maintien de l'unité scrofuleuse renfer- la tuberculose comme éventualité ou comme une transformation possible s premiers produits morbides.

s conditions d'âge, de tempérament, d'hérédité, d'influence alimentaire, ombrement, de misère, de non-insolation, d'humidité, de maladies aiguës eures, etc., sont les mêmes, de sorte que des causes absolument iden- s donnent lieu à la scrofule et aux tubercules. Les produits scrofuleux et rculeux coexistent et se mêlent chez les mêmes individus. Il n'y a donc ieu de séparer ces deux diathèses l'une de l'autre, d'origine semblable, uvent associées, elles ont une marche commune, et leurs produits, quoique rents en apparence, ne sont que les métamorphoses maladives d'un même uit primitif.

uand on se met en présence des malades, et qu'au milieu d'un service de fuleux comme le mien, à l'hôpital Sainte-Eugénie, on étudie avec soin la che de la scrofule dans toutes ses manifestations, on est frappé de la régu- té de ses périodes. Depuis son début jusqu'à sa terminaison, elle est actérisée par trois séries de symptômes qui se succèdent assez régulière-

nent pour mériter le nom de *phénomènes primitifs, secondaires* et *tertiaires*, d'où une scrofule *primitive, secondaire* et *tertiaire*. Telle est la division que j'adopterai dans la description qui va suivre. C'est celle que m'a toujours servi dans mes cours de pathologie interne depuis 1857 et que j'ai développée dans ma *Pathologie générale* (1).

Causes.

La scrofule est une diathèse, c'est-à-dire une maladie générale ayant pour siége le sang, les humeurs et tous les tissus. Présente à tous les actes de la vie, qu'elle domine, elle attaque la forme des êtres et modifie la sensibilité inconsciente et la nutrition moléculaire de tous les organes. Cela fait comprendre et son universalité d'action et la variété des désordres qu'elle entraîne.

Elle est quelquefois *acquise*, mais plus souvent elle est *héréditaire*. *Fortes creantur fortibus* (Horace). Dans ce cas sa transmission n'a rien de fatal et les enfants peuvent échapper, soit par l'action prédominante de l'un des conjoints, soit par l'*innéité* de l'individu.

L'hérédité de la scrofule est une de ces vérités fondamentales de la pathologie qu'on ne saurait nier sans faire tort à son talent d'observation. Elle a été proclamée par tous les véritables médecins, et de nos jours encore appuyée de nombreuses et nouvelles preuves, par Lugol, Baudelocque et Lara (2). On retrouve ici, quand on observe au sein des familles la scrofule et les tubercules des enfants chez le père ou chez la mère, et quelquefois sur tous les deux ; sur les collatéraux, oncles et tantes ; sur les grands parents, ce qui constitue l'hérédité scrofuleuse *directe*, *collatérale* et *ataxique*. Quelquefois dans l'hérédité se passe un fait bien curieux, les enfants scrofuleux et tuberculeux sont malades et meurent avant leurs parents, qui ne sont pris que dix, quinze ou vingt ans plus tard. J'ai vu plusieurs faits de ce genre (3).

Considérée comme *contagieuse* par De Haen et par quelques autres personnes, elle n'a pu être inoculée, et les recherches de Bordeu, de Charmetton, de Kortum et de Lepelletier semblent avoir résolu cette question. Toutefois si la contagion n'est pas démontrée, on ne peut dire encore qu'elle ne le sera pas quelque jour. Les faits de vaccine suivis d'impétigo, d'ophthalmie scrofuleuse et d'écrouelles attribués à l'inoculation du vaccin scrofuleux, et ceux de contagion de la phthisie par cohabitation constante, commandent au moins pour le moment une certaine réserve.

La scrofule s'observe quelquefois mais bien rarement chez le fœtus sous forme de tubercules. Elle est rare chez le nouveau-né et dans la première année de la vie, mais, à mesure qu'on avance en âge, elle devient plus fréquente.

Elle semble être plus fréquente chez les filles que chez les garçons et d'après les recherches de Lepelletier, dans la proportion de cinq à trois.

(1) *Nouveaux éléments de pathologie générale*. Paris, 1857, art. Diathèse, p. [illegible]

(2) *Traité physiologique et pathologique de l'hérédité naturelle*.

(3) Pathologie générale, art. Diathèse, p. 209.

On a dit, mais sans preuves, qu'elle pouvait être produite par une nourrice scrofuleuse ; par le non-croisement des races, et l'on a cité l'exemple des Juifs et des nobles qui, s'alliant toujours entre eux, ont vu leur race viciée par cette diathèse.

Les causes les plus fréquentes de la scrofule après l'hérédité sont l'habitation dans des lieux bas, froids, humides ou marécageux, l'action de la misère entraînant après elle l'usage des vêtements sales et sans chaleur, la mauvaise alimentation, l'alimentation insuffisante, l'usage des farineux à défaut de viande, l'abus du laitage, etc., etc.

Souvent aussi la maladie en puissance de l'organisme a besoin pour se développer complétement de causes occasionnelles spéciales, et la dentition, le travail de la puberté, les maladies aiguës, les fièvres éruptives, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., font apparaître des flux muqueux, des adénites, des ostéites et des tubercules.

A. *Scrofule primitive.* — Les phénomènes primitifs de la scrofule sont la disposition constitutionnelle révélée par la coloration de la peau, par la forme des tissus et par une modalité fonctionnelle spéciale.

En France et à Paris, les enfants scrofuleux et lymphatiques ont la peau ne et d'une blancheur mate, le visage arrondi, rempli de tissu cellulaire, les embres potelés à moins d'un état maladif entraînant leur maigreur, les traits fs et délicats, les pommettes souvent bien colorées, les cheveux blonds et châtains, les yeux bleus, humides, saillants, et la physionomie douce et tendre.

Ailleurs, dans les pays chauds ces caractères sont différents. Le Turc, le blaque, l'Égyptien, le nègre, etc., peuvent également être scrofuleux sans ue leur peau cesse d'être basanée, leurs yeux d'être bruns et leur chevelure être noire. C'est qu'en effet les symptômes d'une maladie varient selon le u où on les observe et doivent être étudiés comparativement sous des latides différentes.

Chez nous, les scrofuleux ont la tête assez forte, les lèvres assez grosses, tout la supérieure, le cou long et mince, la poitrine étroite en carène, les aules saillantes, le ventre gros, les membres grêles, la chair molle et les iscles sans énergie.

Leur intelligence est assez précoce, et elle se développe aisément. Ils prennent avec facilité et leur mémoire est heureuse ; ils sont fort nerveux et s impressionnables ; ce qui est en rapport avec la vivacité de leur imagina-n, mais ils sont d'une nonchalance quelquefois très grande, motivée par la blesse de leur système musculaire.

Leur sang est pauvre et leurs globules peu colorés, ce qui explique la pâleur téguments et des muscles.

ls ont une température variable et ils n'offrent que peu de résistance au d ; enfin leurs digestions, quelquefois excellentes, sont cependant suscep-es d'être facilement troublées. La diarrhée est très fréquente chez ces enfants.

Cette première période est obscure, *latente*, mais on la reconnaît [illegible] surtout chez les enfants. Elle est latente comme toutes les diathèses [illegible] la goutte avant sa première manifestation, lorsqu'il n'existe qu'une [illegible] urique, comme la syphilis, après l'inoculation et avant l'apparition des a[illegible] dents secondaires, comme la rage, après la morsure d'un chien malade, [illegible] la vaccine pendant quinze ou vingt ans, préservatrice de la variole, [illegible] comme toutes les maladies constitutionnelles qui restent latentes, et [illegible] qui disposent l'organisme pour un travail pathologique spécial.

Cette première période de la scrofule n'est que la constitution scrofu[illegible] de l'être, sa disposition organique scrofuleuse et l'exercice fonctionnel [illegible] par l'influence scrofuleuse. Comme je le dirai plus loin, elle peut durer [illegible] temps sous cette forme, et ne la point dépasser, mais ordinairement [illegible] suivie de la période des accidents secondaires.

B. *Accidents secondaires de la scrofule.* — Dans cette période appa[illegible] les scrofulides de la peau des glandes, des muqueuses et des os.

Sur la peau du visage, de la tête ou du corps, se montrent un certain [illegible] bre de scrofulides cutanées, très variables dans leur forme anatomiqu[illegible] identiques de nature. Chez les enfants apparaissent ce qu'on appe[illegible] gourmes, c'est-à-dire l'*impétigo* et l'*eczéma* du cuir chevelu et de [illegible] scrofulides superficielles et assez faciles à guérir malgré leur du[illegible] l'*acné*, le *lupus* dans toutes ses formes graves et redoutables. Les [illegible] affections cutanées se montrent également quoique avec moins de fréq[illegible] la surface du corps.

C'est sur les muqueuses que se développent surtout les accidents [illegible] daires de la scrofule. On y observe fréquemment : 1° le *coryza* q[illegible] prolonge, fait grossir la lèvre supérieure et le nez lui-même, qui d[illegible] à une inflammation de même nature dans le canal nasal remonte dans [illegible] duits lacrymaux, et vient s'épanouir sur le bord des paupières ou [illegible] de l'œil ; 2° la *blépharite ciliaire* chronique qui amène peu à peu [illegible] permanente des cils ; 3° les *abcès miliaires* de la conjonctive ; [illegible] *ulcéreuse chronique* avec photophobie et suivie de taies plus ou moins [illegible] 5° la *kératite diffuse* également chronique qui ôte toute transparence à [illegible] et entraîne pour toujours la perte de la vision ; 6° les *aphthes* [illegible] sont le point de départ d'adénites cervicales graves souvent suivies de [illegible] puration ; 7° l'*otite aiguë* et *chronique* suivie d'otorrhée et quelquefois [illegible] de surdité temporaire ou définitive ; 8° enfin l'*angine pharyngée* [illegible] et *hypertrophie des amygdales* qui donne lieu à chaque instant [illegible] masses graves de la gorge, qui gêne le passage d'une colonne d'air suffi[illegible] aux besoins de la respiration, et qui, ainsi que l'a signalé Dupuytren [illegible] le rétrécissement des diamètres de la poitrine.

D'autres scrofulides secondaires muqueuses se montrent [illegible] poitrine et dans les voies digestives. La muqueuse des organes [illegible]

est souvent affectée, et les scrofuleux sont plus sujets à la *bronchite* que les autres enfants. Chez eux la maladie dure aussi plus longtemps; elle a de la tendance à la chronicité, et elle produit ce qu'on appelle la *poitrine grasse* dans le monde, c'est-à-dire une poitrine dont la respiration est rendue bruyante par un râle trachéal appréciable à distance, surtout pendant le sommeil; râle trachéal dû à l'hypersécrétion des mucosités bronchiques. Cette disposition est d'autant plus fâcheuse qu'elle conduit fréquemment à la phthisie.

Dans les voies digestives, la muqueuse présente de fréquents symptômes d'inflammation chronique. Les digestions ne sont pas très bonnes, et les enfants vomissent souvent leurs repas. Ce qui est plus ordinaire, c'est la *diarrhée* qui se montre chez eux à chaque instant après le plus mince écart de régime, et qui produit l'augmentation exagérée du volume du ventre par un météorisme chronique et de fréquentes coliques. Cette susceptibilité des entrailles est significative autant que malheureuse, car elle est l'origine de ces entérites chroniques, qui altèrent la nutrition et empêchent le développement normal de tous les tissus, qui détruisent les forces, augmentent l'anémie et déterminent la *tuberculose entéro-mésentérique*, c'est-à-dire le *carreau*.

Les scrofulides secondaires muqueuses ou cutanées ont pour effet presque constant de produire des *scrofulides ganglionnaires*, c'est-à-dire les hypertrophies ou la suppuration des glandes lymphatiques correspondant à la peau et aux muqueuses où siége une manifestation scrofuleuse. Les *adénites* cervicales, bronchiques, mésentériques, axillaires et autres, dites *scrofuleuses*, n'ont pas d'autre origine. C'est là surtout ce qui a pendant longtemps caractérisé la scrofule.

Les adénites scrofuleuses du cou, qui ont leur siége sous l'angle de la mâchoire et sous le menton dépendent ordinairement du travail de la dentition, des aphthes, de la stomatite ulcéreuse, ou des angines tonsillaire et pharyngée; celles de l'occiput ou de l'apophyse mastoïde dépendent surtout les scrofules de l'oreille et du cuir chevelu. Celles de la racine des bronches sont produites par la bronchite et l'inflammation gastro-intestinale est la cause de l'engorgement des glandes du mésentère. Dans tous ces cas et dans les autres analogues, les vaisseaux lymphatiques des parties malades, enflammées et ulcérées ont servi de moyen de transport à l'élément morbide qui s'est fixé sur les ganglions, a produit leur hypertrophie ou leur dégénérescence. Il en est de même dans les adénites de la racine et de la continuité des membres occasionnées par une maladie des os, dans les doigts, dans les orteils et dans les os longs de la jambe et du bras.

Le tissu cellulaire sous-cutané est aussi fort souvent le siége des manifestations secondaires de la scrofule. Çà et là se produisent des *abcès sous-cutanés* sur la poitrine ou sur la continuité des membres qui peuvent donner lieu à des ulcérations scrofuleuses extrêmement longues à guérir, ou des *abcès froids* pouvant acquérir un volume considérable, et rester stationnaires *pendant plusieurs années*.

Dans le tissu osseux, enfin, se montrent les dernières scrofulides se daires dont nous ayons à parler. Ce sont : l'inflammation du périoste et tissu de l'os, sa propagation aux jointures voisines, d'où l'ostéite, l'arth et les *tumeurs blanches non tuberculeuses*. Ces manifestations secondaire la scrofule sont extrêmement fréquentes. Tous les os peuvent ainsi être lades, et, depuis quelques années, dans mon service des scrofuleux à l'hôp j'ai pu voir plusieurs fois toutes les maladies scrofuleuses du tissu osseu de ses articulations.

Ce sont de préférence les os longs qui sont affectés et très souvent phalanges. Alors il y a quelquefois plusieurs ostéites sur le même sujet. en ce moment, dans mon service, une fille qui n'a pas moins de dix os sur les différents os qui composent les deux mains.

Les os longs se gonflent en même temps que le périoste et devien douloureux. L'os malade se *carie* ou se *nécrose* dans une plus ou m grande étendue. Il suppure et forme des foyers profonds qui traversent périoste épaissi et ulcéré, qui viennent directement à l'extérieur ou ils entre les muscles pour s'ouvrir assez loin de leur origine. Alors existent *fistules* en plus ou moins grand nombre par lesquelles sort le pus du f avec les parcelles de l'os *carié* ou avec des fragments complets d'os nécr quand cet os est superficiel. C'est le cas des phalanges, des métacarpiens, métatarsiens, des os longs des membres, de la clavicule, des côtes, etc. les os courts et larges, où le tissu spongieux est très abondant, la nécrose moins fréquente, et on y observe surtout la carie. On en voit de fréqu et tristes exemples dans la scrofule du corps des vertèbres, ou *carie ve brale*, également désignée sous le nom de *mal de Pott*. Des foyers purul se forment sur le point malade et fusent au loin, le long de la colonne, d le bassin pour s'ouvrir à l'ischion, dans l'aine ou à la partie supérieure d cuisse. Une suppuration de mauvaise nature s'établit; avec le pus sortent détritus moléculaires de l'os malade, ce qui entraîne les *incurvations d colonne vertébrale* et les *gibbosités*, puis vient la fièvre hectique qui, un plus tôt ou un peu plus tard, emporte les malades.

Avec ces altérations scrofuleuses des os se produisent différentes affecti articulaires, l'*arthrite* d'abord et la *tumeur blanche* ensuite, quand la lés de l'os est voisine d'une articulation. C'est ainsi que se produisent certai tumeurs blanches du genou, de la hanche du pied, du coude, de l'épaule, et par des ostéites de l'extrémité spongieuse des os longs qui provoquent phlegmasie de la synoviale voisine, sa suppuration et le gonflement du ti fibro-cellulaire correspondant, d'où l'arthrite scrofuleuse suppurée, et d d'autres la tumeur blanche scrofuleuse.

Dans quelques cas, la maladie des os n'est pour rien dans le début l'arthrite suivie de tumeur blanche. La maladie s'établit d'emblée dans l'ar culation sous l'influence d'une contusion, d'une chute ou de toute autre ca accidentelle, et ce n'est que d'une façon consécutive que se prennent les

C'est alors la synoviale détruite par l'inflammation qui entraîne la destruction du cartilage, et secondairement l'altération de l'os et du tissu fibro-cellulaire constituant la tumeur blanche.

Tels sont les accidents secondaires de la scrofule. Variables dans leur siége anatomique, ils occupent ordinairement la peau, le tissu cellulaire, les muqueuses, les glandes et les os. Ils sont surtout caractérisés par un état inflammatoire spécial des parties, état inflammatoire subaigu, sans réaction fébrile intense, ne formant que du mauvais pus, tendant à la chronicité et passant très souvent à l'état chronique.

Sur un point ils apparaissent sous une forme, et ils guérissent pour revenir ailleurs, sous une forme différente ayant une nature semblable. Ils viennent et s'en vont ainsi plusieurs fois chez le même individu, jusqu'à cessation complète et disparition apparente de la diathèse. Ils durent ainsi quelquefois toute l'enfance jusqu'à la puberté, et c'est pour toujours. Ailleurs, ils se transforment et sont suivis des scrofulides tertiaires, c'est-à-dire des tubercules glandulaires, séreux, sous-muqueux, viscéraux et osseux. C'est la forme la plus grave sous laquelle puisse se présenter la scrofule.

C. *Accidents tertiaires de la scrofule.* — Après la constitution de la diathèse et l'apparition des accidents ou scrofulides secondaires, la maladie peut s'arrêter ou passer à une troisième période, celle des *accidents tertiaires.* Ici, se forme dans les parties scrofuleuses un nouveau produit morbide, le *tubercule*, qu'on rencontre en petit nombre et en petit volume, quelquefois isolé, ou, au contraire, en nombre considérable disséminé partout, dans tous les tissus et presque dans tous les organes. Il est, dans ce cas, l'expression de la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse à son plus haut degré d'intensité.

Comme je l'ai dit en commençant cet article, quelques médecins séparent la tuberculose de la scrofule et ils en font deux maladies ou deux diathèses différentes, mais c'est une vue de l'esprit que ne confirment pas l'observation et l'analyse des faits cliniques. Ce sont deux maladies qui n'en font qu'une double manifestation, car elles sont héréditaires et reconnaissent absolument les mêmes causes ; elles se révèlent par des symptômes et une marche à peu près semblable, et si le produit anatomique diffère en apparence, il est de même nature, car le tubercule n'est qu'une métamorphose de l'exsudat scrofuleux antérieur. C'est un fait qu'il est très facile de voir dans les ganglions lymphatiques, dans les séreuses et dans les poumons remplis de granulations demi-transparentes fibro-plastiques, lesquelles un peu plus tard se convertissent de la circonférence au centre en tubercule jaune cru. La phlegmasie scrofuleuse des tissus qui constitue l'accident ou scrofulide secondaire, engendre l'infiltration ou la granulation fibro-plastique qui, elle-même ou sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, se métamorphose en matière dite *tuberculeuse.* Si ces fait sont réels, et je ne crois pas qu'on puisse les mettre en doute un seul instant, la tuberculose doit être considérée

comme le degré le plus avancé de la scrofule dont elle formerait la troi
période de manifestation.

Est-ce que les périostoses et les gourmes syphilitiques formées de
fibro-plastique et différentes des autres manifestations de la syphilis sont
produits particuliers qu'on étudie à part en méconnaissant leur nature ?
Eh bien ! il en est de même des tubercules dans leurs rapports avec la dia
scrofuleuse.

Étudiés en eux-mêmes, les *tubercules*, accidents tertiaires de la scrof
se présentent sous quatre formes, qui sont les quatre âges ou états de
production morbide.

1° A l'état de granulation miliaire ou d'infiltration grise demi-transpar

2° A l'état de granulations miliaires et de masses dures, ou d'infil
jaune à l'état de crudité ;

3° A l'état de ramollissement ;

4° A l'état crétacé de pétrification.

Ils se présentent à l'état de granulations très petites, à peine visib
volumineuses et enfin à l'état d'infiltration. Leur couleur est opaline, pâ
et leur consistance assez forte. A mesure qu'ils se développent, ils chan
Un point jaune, opaque, se montre au centre, s'étend, et toute la masse
se convertit peu à peu en masse jaune comme un marron d'Inde cuit
deux. Jamais ils ne renferment de vaisseaux, et c'est un produit vicieu
circulation vasculaire absolument comme un tubercule de scrofules ou
Plus tard, il arrive trois choses : 1° une *inflammation* du tissu où se tro
tubercule, pouvant durer longtemps et quelquefois déterminer la mort;
ramollissement qui réduit le tubercule en bouillie afin de faciliter son
nation par ulcération des tissus où il se trouve ; 3° la transformation c
ou *pétrification*, moyen naturel de la guérison des tubercules.

Au microscope, les granulations grises, demi-transparentes, sont fo
de tissu fibro-plastique. En outre de la matière amorphe on y trou
granulations fort nombreuses, quelques fibres de tissu cellulaire, des
fibro-plastiques en grand nombre et peu de cellules ou de fibres fusi

Après leur métamorphose en matière jaune cru, on y trouve beaucou
granules moléculaires de 0mm,040 à 0mm,080 ; de la substance interglob
amorphe, et enfin des globules ou corpuscules tuberculeux. Ceux-ci fo
gulièrement ovalaires, ont de 0mm,010 à 0mm,014, et sont remplis de gr
quelquefois de petits nucléoles.

On y trouve aussi de la graisse, des fibres de tissu cellulaire, de la mél
des cristaux de cholestérine, si le tubercule est à l'état crétacé, et du pu
qu'il est dans la période de ramollissement.

Siége des tubercules.

granulations fibro-plastiques et les tubercules existent dans les sér
ses muqueuses, dans les glandes, dans les os et dans les principaux

res, et alors ils donnent lieu, d'après leur siége, à des symptômes variés qui sultent des troubles fonctionnels du tissu ou de l'organe tuberculisé.

Les granulations des méninges qui succèdent aux congestions de l'encé-hale donnent lieu à une forme spéciale de méningite dite *granuleuse*.

Les tubercules du cerveau provoquent une encéphalite compliquée de éningite ayant tous les caractères de la méningite granuleuse.

Dans les poumons existent, tantôt des granulations grises, demi-transpa-ntes, et tantôt des tubercules se révélant par des symptômes de pneumonie bulaire, ou chez d'autres par des symptômes de phthisie.

L'intestin et le péritoine sont souvent occupés, tantôt par des granulations, ntôt par des tubercules qui donnent lieu à des entérites ulcéreuses chroni-es, tantôt à de la péritonite tuberculeuse, tantôt enfin à cet engorgement s ganglions mésentériques connu sous le nom de carreau.

Dans les reins les tubercules produisent la néphrite et l'albuminurie scro-euse.

Quand ce produit apparaît dans les os, il résulte, selon l'endroit où il se ose, des symptômes variés, car ce sont des tumeurs blanches quand le ercule occupe l'extrémité spongieuse d'un os long près de la surface arti-aire et ailleurs, une carie vertébrale ou mal de Pott, si le produit morbide le corps des vertèbres.

Dans les glandes enfin, il en résulte des abcès scrofuleux si longs à guérir et , lorsqu'ils sont superficiellement placés au cou, par exemple, engendrent ulcérations interminables connues sous le nom d'*humeurs froides* ou *crouelles*.

Chez quelques enfants les granulations et les tubercules n'occupent pas lement un tissu ou un organe, ils sont disséminés partout. C'est par milliers ils existent ; on ne saurait les compter. A l'état miliaire presque invisible, état de granulations plus apparentes ou sous forme de tubercules crus, on trouve dans la plèvre, dans le péritoine, dans les méninges, dans les pou-ns, dans le foie, dans les reins, dans le cerveau, dans la muqueuse gastro-stinale, dans les ganglions cervicaux, bronchiques, mésentériques, etc. Par confluence ils donnent lieu à un piqueté grisâtre de tous les tissus et de les organes ; c'est la plus haute expression de la diathèse scrofuleuse, et ent les jeunes enfants succombent sans autre lésion qu'un arrêt progressif fonctions causé par cette *tuberculose générale*.

Symptômes généraux.

e n'ai pas la prétention d'énumérer en quelques mots les symptômes de crofule dans ses différentes manifestations, cela serait impossible. Après le eau général qui précède et qui présente en abrégé et d'une façon philo-nique l'innombrable quantité des manifestations de la scrofule, pour en comprendre l'ensemble, il me suffira d'indiquer les principaux phéno-es de chaque période.

sans fièvre, et ce n'est qu'un peu plus tard, s'il y a de la fièvre éclate et se prolonge plus ou moins longtemps.

Dans la période des *accidents tertiaires* de la scrofule, se passe deux choses. Chez quelques enfants la tubercul succède à une phlegmasie locale, à une hypérémie des ti et alors les symptômes sont en rapport avec le rôle de ce nie et avec la fonction de l'organe affecté. On en peut passe dans le testicule tuberculeux, dans le carreau, dans naire tuberculeuse, dans les tubercules du cerveau. Ail enfants la tuberculisation est *générale* et des granulations tous les organes et dans tous les tissus. Il s'établit une dans les séreuses, dans les muqueuses, dans les glandes le foie, dans la rate, dans les reins, dans les poumons ou granulations fibro-plastiques grises ou tuberculeuses jaun pérémie dont les organes sont le siége.

La maladie offre des caractères particuliers de fièvre apparences de la fièvre typhoïde avec ou sans stupeur. quelquefois appelé *phthisie aiguë*, et ce qu'il conviendrai tôt sous le nom de *tuberculose générale*.

Il y en a deux formes, l'une *aiguë* et l'autre *chronique*.

Dans la *tuberculose générale aiguë* il y a de la fièvre, la courbature, de la céphalalgie, de la soif, des nausées vomituritions, de la constipation ou de la diarrhée. Quelq ont la poitrine plus ou moins remplie de râles sibilants e abattus, ont parfois de la stupeur, du délire et une agitati bent en vingt ou trente jours sans qu'on puisse toujours

, on a pu voir que les symptômes de cette diathèse sont divisés en trois es différents par leur ordre de succession et surtout par la nature du it anatomique développé chez les malades. Ce sont les symptômes *pri-* par lesquels on voit que la constitution se modifie peu à peu et que nisme prend extérieurement tous les caractères de la diathèse, les sym- s *secondaires* inflammatoires subaigus de toutes les parties du corps, in les symptômes *tertiaires* dus à la dégénérescence de l'exsudat formé a période des accidents secondaires.

première période du scrofulisme est comme celle de toutes les diathèses, s obscure, la moins bien caractérisée. Acquise ou héréditaire, la scrofule e l'organisme pour l'apparition des accidents secondaires, absolument e la syphilis héréditaire, qui, latente d'abord, mais en puissance de omie, débute par des accidents secondaires au bout de quelques jours ; e la goutte avant son éclat; comme la rage après son inoculation et comme *toutes les maladies constitutionnelles latentes.* Elle est surtout naissable chez les enfants par les attributs extérieurs qu'elle imprime au et elle peut rester un temps variable quelquefois très long avant d'éclater. nfants nés de parents scrofuleux et tuberculeux phthisiques peuvent ne ir phthisiques qu'à un âge assez avancé, et quelquefois ils meurent de aladie avant leurs parents qui ne succombent que plus tard. Ordi- nent les accidents secondaires apparaissent beaucoup plus tôt, soit dans de la mère, pendant la vie intra-utérine, soit dans les premières années ivent la naissance.

accidents secondaires de la scrofule viennent bientôt révéler la nature iathèse d'une façon incontestable. Tantôt sous une forme et tantôt sous tre, ils se montrent pendant un temps variable, disparaissent et revien- ous la même forme ou sous une forme différente. Dans d'autres cas ils ifestent sur plusieurs points de l'économie et sous des formes diffé- Enfin ils disparaissent pour toujours ou donnent lieu à des *scrofulides res*, ou *tubercules.*

i, des enfants ont du coryza, des ophthalmies, de l'otorrhée, des bron- des entérites, des glandes avec ou sans suppuration, des maladies des es articulations, etc., etc. Il peut n'exister qu'une seule de ces scrofu- condaires qui vient et qui disparaît, ou bien il peut en exister plusieurs, ue de l'otorrhée, des gourmes, des bronchites ou des diarrhées fré- , etc., qui alternent ou coexistent ; enfin dans quelques cas, et c'est arrive dans les accidents scrofuleux secondaires des os, le même acci- re plusieurs années.

ccidents tertiaires de la scrofule, ou *scrofulides tertiaires*, c'est-à-dire rcules, ne se développent jamais d'une façon primitive sans accidents ires préalables que dans les cas de tuberculose congénitale. Ailleurs, naissance, les tubercules succèdent toujours à des accidents secon- de la scrofule, c'est-à-dire à des scrofulides secondaires. Quand on

gestif de l'encéphale chez les enfants. Toujours un trav
dation inflammatoire aigu ou chronique précède dans l
des tubercules qu'il faut considérer comme la métamorp
déterminé par le scrofulisme. C'est cette exsudation qui
bercule, et ayant appelé scrofulide secondaire le travail ph
cause de cet exsudat, il est tout naturel de considérer la dé
un âge plus avancé du produit morbide, c'est-à-dire

Cette question des rapports de l'état phlegmasique et
tissus est une des plus importantes de l'étiologie générale.
contradictoire par les médecins, négativement par ce
qu'une partie de la science, affirmativement au contraire
en embrasser tout l'ensemble, cette question mérite d'être

Si l'on ne cherche ses preuves que chez l'adulte
semble pas que les tubercules doivent toujours succéder
état phlegmasique antérieur, et c'est avec quelque appare
rejette en principe le rapport de la tuberculose à l'inflam
au contraire, on examine ce qui se passe, non-seulement
encore dans l'enfance, il n'y a plus moyen de mettre ce
est incontestable et les exemples en sont très nombreux;
autopsies de tuberculeux en fournissent les preuves. Il
atteint de pneumonie lobulaire ou lobaire prolongée, chez
l'exsudat chronique inflammatoire, semé de tubercules à
évolution. On suit le plus aisément du monde tous les de
la congestion primitive jusqu'à l'exsudat fibrineux aigu ou
et à la tuberculose. Il en est de même dans les ganglion

s'observe dans l'arachnoïde à la suite des phlegmasies de la pie-mère ou comme conséquence des tubercules du cerveau.

En dehors de ces faits de détail, il y a une autre preuve de la corrélation intime des tubercules avec l'état phlegmasique, et ce n'est pas la moins importante; je veux parler des métamorphoses de la matière tuberculeuse. C'est une induction que ne désavouera pas la plus saine philosophie. En effet, la véritable matière tuberculeuse est composée de corpuscules spéciaux connus de tous les micrologues : sans eux point de tubercule. Or, il résulte de tout ce qu'on sait que des granulations miliaires, blanchâtres, en apparence semblables au tubercule, sont formées de noyaux fibro-plastiques, se convertissent peu à peu en granulations tuberculeuses. Or, le tissu fibro-plastique est un produit d'inflammation, mais si telle est sa nature, celle du tubercule qui lui succède est évidemment la même, et la tuberculose a donc une origine inflammatoire. C'est là un fait incontestable.

La succession des périodes de la scrofule est plus ou moins rapide suivant l'âge des sujets, selon les conditions d'habitation, de nourriture et de fortune où ils se trouvent et d'après son origine acquise ou héréditaire. Chez les jeunes enfants cette succession est assez rapide et la tuberculisation succède très vite aux différents phénomènes inflammatoires des muqueuses, des séreuses, des glandes et des viscères, d'autant plus vite que les enfants sont plus malheureux. Toutes choses égales d'ailleurs, la scrofule est d'autant plus grave, d'autant plus tenace et plus souvent suivie de tuberculose qu'elle procède de la double influence héréditaire paternelle et maternelle, et que les enfants sont plus mal nourris, plus mal vêtus et plus mal logés. Chez l'adulte la marche est bien plus lente et les accidents secondaires beaucoup moins souvent suivis d'accidents tertiaires, c'est-à-dire de tuberculose que dans la première et dans la seconde enfance.

Dans quelques cas, la disposition scrofuleuse, quoique bien évidente, ne donne lieu à aucun accident secondaire ni tertiaire. Ailleurs elle ne produit que des accidents secondaires peu graves et fort peu nombreux. Tout semble se borner à ces manifestations, mais plus tard, à une époque avancée de la vie, se montrent les accidents tertiaires de tuberculose, sous forme de tubercules dans un organe isolé, ou à l'état de tuberculisation générale et de phthisie aiguë. Dans quelques cas ils peuvent n'apparaître quelquefois qu'à quarante et soixante et dix ans.

Nature.

Pendant longtemps, sous l'inspiration des premiers travaux d'Hippocrate et de Galien, les médecins ont considéré la scrofule comme une maladie humorale causée par une pituite surabondante, épaisse, fixée sur les glandes, pour constituer ce qu'ils appelaient des *écrouelles*. Sauf quelques variantes, tout le monde pensait à peu près de même, mais au moment de la découverte des lymphatiques on fit jouer un rôle considérable à ces vaisseaux et à la lymphe

qu'ils renferment dans la production de la scrofule. C'était la lymphe ép qui s'accumulait dans les glandes et y produisait les lésions glandulaires l'on considérait comme caractéristiques de cette maladie. Sœmmering, nis, Richerand, Bichat, pensaient à peu près de même, et l'considè comme le résultat de la faiblesse des vaisseaux blancs. Baumes, enfin, pr qu'elle était due à une acidité de la lymphe occasionnée par la présence plus grande quantité d'acide phosphorique, démonstration qui est enc faire.

Dans un autre ordre d'idées, plus physiologique et plus en rapport l'universalité des manifestations de la scrofule dans tous les tissus de l'éc mie, on a pensé que la maladie pouvait être un résultat de l'altération p tive du sang ou de l'altération primitive des solides.

L'altération primitive du sang est encore à démontrer. Quelle est-elle? modification de la proportion de ses éléments? Mais rien de précis n' formulé à cet égard en ce qui concerne la première période de la scrofu quant aux altérations du sang observées dans la cachexie produite par le cidents scrofuleux secondaires ou tertiaires, cette altération est évidem consécutive, et n'est point la cause de la maladie. Existe-t-il un virus l'a dit : c'est une erreur, car un virus est inoculable et la scrofule ne l'e D'ailleurs, où est le siége de ce virus et qui a démontré sa présence opinion n'est donc qu'une hypothèse fondée sur des analogies contestables ce qui se passe dans les diathèses produites par des virus réellement in lables.

L'altération primitive des solides qui serait cause de la scrofule n'es mieux établie, car avant toute formation des solides du corps vivant, l'ovule liquide créé par une scrofuleuse, imprégné par du sperme de scrofu existe déjà la scrofule dont l'influence se fera sentir dans la formation solides de l'être futur. Dans ce cas encore, ce qu'on croit être une altér primitive des solides n'est déjà que la conséquence d'une altération antéri de la vitalité du sujet.

Qu'est-ce donc que la scrofule? Nous l'avons dit : c'est un vice hum une *diathèse*, c'est-à-dire une disposition générale en vertu de laq toutes les lésions qui se produisent sur un sujet ont des caractères analo dépendant du même principe ; c'est un trouble de la sensibilité organiqu impressibilité, qui préside aux phénomènes de la nutrition moléculaire, réparation des tissus, de la constitution et de la permanence de la forme. Par cela même que la maladie est héréditaire, il est évident qu'elle se ratt aux lois premières de la formation des êtres dans la génération, et qu'une dification spéciale de la vitalité d'où procèdent les solides, en est le poin départ.

Cela étant établi, on comprend que toutes les scrofulides aient des caract communs ; que dans la peau, dans les muqueuses, dans les os, les phlegm soient subaiguës ou entièrement chroniques ; que la suppuration soit touj

de mauvaise nature et que la tuberculose en soit souvent la dernière conséquence. Cela explique pourquoi chez les scrofuleux, une phlegmasie est suivie d'adénite, pourquoi une chute fait une tumeur blanche, une plaie engendre un ulcère, et comment l'exsudat scrofuleux ou l'induration fait du tubercule.

Traitement général.

Le traitement de la scrofule est rempli de difficultés inhérentes à la nature de la diathèse qu'il est très difficile de neutraliser et de détruire. Bien des remèdes ont été proposés. Quelques-uns ont été vantés outre mesure, et il n'en est aucun qui ait tenu les promesses faites en son nom.

Ce traitement est à la fois *général* et *local :* général contre la diathèse scrofuleuse, et local contre les scrofulides secondaires et tertiaires.

Il y a plus à en attendre chez les enfants que chez les adultes et chez ceux-ci que chez les vieillards, car la scrofule disparaît quelquefois tout naturellement à l'époque de la puberté, tandis que, lorsqu'elle survit à cette transformation de l'être, elle est infiniment plus rebelle aux agents thérapeutiques.

Ce traitement varie enfin suivant le degré de la scrofule, et il n'est pas le même dans la *période primitive* que dans la *période secondaire* ou *tertiaire.*

Traitement des accidents primitifs de la scrofule. — Ici, dans cette première période, les enfants pâles, à chairs molles, nonchalants ou faibles, dont l'appétit est capricieux, les digestions irrégulières, le tissu adipeux développé, n'ont encore aucune manifestation secondaire de la diathèse scrofuleuse. Ils ont la diathèse scrofuleuse en puissance et sont atteints de *scrofulisme*, lequel domine et modifie l'exercice de toutes les fonctions et du développement. Ils n'ont encore aucune scrofulide, mais elle ne tardera pas à se développer et on peut prévenir son apparition.

Dans cette période, les moyens généraux, toniques et corroborants sont les seuls utiles et les seuls qui soient indispensables.

Les enfants doivent vivre constamment à la campagne dans un lieu sec, aéré, boisé, parfaitement salubre, exposé au midi, ou sur les bords de la mer pendant plusieurs mois consécutifs. On doit les vêtir suffisamment avec de la laine, entretenir une grande propreté de la peau par des bains fréquents, stimuler cet organe par des frictions, par du massage, des bains de rivière, des bains de mer, par l'hydrothérapie simple, par des douches écossaises, etc. Le régime doit être substantiel, mais pas assez pour irriter les intestins, et on le composera de viandes grillées, rôties, de corps gras et huileux, de beurre, de légumes féculents, etc.; le tout arrosé d'une petite quantité de bon vin. Le thé, du café et les liqueurs stimulantes en proportion convenable peuvent être alors très utiles.

Ces enfants doivent faire beaucoup d'exercice à pied ou à cheval, faire de l'escrime, de la gymnastique, mais la promenade, la course et les jeux de l'enfance qui sont tous accompagnés d'efforts musculaires peuvent suffire.

C'est dans ces cas qu'on peut donner à titre de moyens prophylactiques vin et le sirop de quinquina, l'eau de Bussang, l'eau de Spa, et toutes préparations ferrugineuses, le sirop d'arséniate de soude tel que je l'ai posé et enfin l'huile de foie de morue.

Traitement des accidents secondaires de la scrofule, ou scrofulides secondaires. — Les scrofulides secondaires sont très nombreuses. Ce sont maladies de la peau, telles que l'eczéma, le lupus, l'acné, l'impétigo, 2° les phlegmasies chroniques des muqueuses; l'ophthalmie, la blépha l'angine tonsillaire et pharyngée, l'otite, la bronchite, la diarrhée, la leu rhée, etc.; 3° les arthropathies simples ; 4° l'ostéite ; 5° les adénites su cutanées simples, etc.

Contre ces manifestations secondaires de la scrofule, le traitement est fois *général* et *local*, mais le premier est cent fois préférable à l'autre traitement général doit être modifié suivant les sujets, par la présence l'absence de la fièvre, mais en cas d'apyrexie, il est formellement indi et absolument nécessaire. Il a été formulé plus haut et je n'ai pas à y venir.

Quant au traitement pharmaceutique de cette période, il varie également selon l'espèce de scrofulide secondaire établie chez les enfants.

Si l'accident secondaire est accompagné de fièvre, il n'y a aucun trai général à mettre en usage, mais si la fièvre n'existe pas ou a dû, peut avoir existé, il faut avoir recours aux préparations amères, toniques s lantes, aux altérants et à certaines substances réputées spécifiques maladie.

Le vin d'*aunée*, le vin de *gentiane*, le vin *antiscorbutique* et le sirop nom, le sirop de *raifort*, le vin et le sirop de *salsepareille* peuvent mis en usage.

Le sirop et le vin de *quinquina* doivent aussi être conseillés aux

On peut donner l'eau de *goudron* à haute dose, l'infusion de *noyer*, de l'extrait, à la dose de 20 à 40 centigrammes par jour, ou dans du sirop, et enfin la décoction de feuilles pour bains ou l les ulcères scrofuleux. C'est un remède conseillé par le docteur N

Voici ses conclusions :

1° Les affections scrofuleuses sont, en général, radicalement guéries préparations de feuilles de noyer.

2° L'action de cette médication sur l'économie est assez constante qu'on puisse compter sur la guérison du plus grand nombre des sujets par ce moyen thérapeutique.

3° L'influence des préparations de noyer est lente, inoffensive

4° Les premiers effets du traitement sur l'économie sont généraux influence locale vient après.

5° Les affections scrofuleuses de la peau, des muqueuses, du sys vaisseaux et ganglions lymphatiques sont guéries aussi

romptement, et plus sûrement par les préparations de feuilles de noyer, que ar toute autre méthode connue actuellement..

6° Les affections des systèmes osseux, cartilagineux et ligamenteux, ayant vice scrofuleux pour principe, sont quelquefois guéries radicalement par les eules préparations de feuilles de noyer. Les sujets lymphatiques en éprouvent ujours de bons effets; les modifications profondes qu'ils en ressentent entraînent souvent la guérison des caries des os et de leurs annexes. Ces mêmes fections scrofuleuses, chez les sujets secs et nerveux, ne sont pas sensiblement modifiées par le traitement. L'huile de foie de morue est préférable ors, associée aux infusions de feuilles ou de fruits du noyer (le brou de la ix).

7° Les ophthalmies scrofuleuses sont sûrement et promptement guéries r un traitement ayant pour base les préparations de feuilles de noyer.

Voici les principales formules sous lesquelles M. Négrier administre les uilles de noyer. Il les donne en tisane; en décoction aqueuse et vineuse, us forme d'extrait, de sirop, de pommade et de collyre.

Pour la *tisane :* R. feuilles sèches de noyer, 5 grammes ; eau bouillante, rammes. Faites infuser, et édulcorez avec du miel ou du sirop de noyer. de deux à cinq tasses par jour.

a *décoction* se fait avec 50 grammes de feuilles sèches, que l'on fait bouillir ndant dix ou quinze minutes dans 1000 grammes d'eau. On s'en sert pour plications topiques, pour des bains locaux, etc.

Le *vin de noyer* se prépare en faisant macérer de 50 à 60 grammes de uilles fraîches, ou de dix à douze noix recouvertes de leurs drupes, dans un e de vin de Malaga ou de Lunel. En hiver, on prépare ce vin avec 15 ou grammes d'extrait par litre. — Dose : une cuillerée matin et soir.

L'*extrait*, qui se prépare par la méthode de déplacement, se prescrit en ules de 20 centigrammes (de 2 à 4 par jour).

Le *sirop* contient 4 grammes d'extrait pour 300 grammes de sirop de sucre. se : deux ou trois cuillerées par jour pour les enfants ; 30 grammes pour adultes.

En *pommade*, on se sert encore de l'extrait, à dose de 30 grammes pour d'axonge. On emploie ces pommades en frictions douces, continuées deux par jour pendant un quart d'heure, sur les régions affectées.

M. Négrier a modifié la formule des *collyres* qu'il employait autrefois : trait de thridace et celui de belladone ont remplacé l'opium. Il fait disdre de 10 à 20 centigrammes de ces extraits dans 30 grammes de feuilles noyer.

es *ferrugineux*, tels que l'eau de Spa, l'eau de Bussang, l'eau ferrée e avec des clous, la limaille de fer, le sous-carbonate de fer, le lactate de et les pilules de Valette, sont très utiles à employer pendant quelque temps, si que les eaux *minérales* de Bonnes, du Mont-Dore, d'Ems, de Vichy, de

Weissembourg en Suisse; de Challes, en Savoie; de Cauterets, d'Enghien, de Luchon, etc.

L'*iode*, à l'état d'*eau iodée* ou d'*iodure de potassium*, a été conseillé par Coindet, et depuis lors accepté comme un des meilleurs moyens à opposer à la scrofule. Je l'ai employé sur des centaines de scrofuleux dans mon service, et dans les cas les plus variés, et je n'en ai pas toujours retiré autant d'avantages que ceux qui l'ont préconisé. Il en est de même du *protoiodure de fer*. Les préparations d'iode sont quelquefois utiles à l'intérieur, mais dans beaucoup de cas, elles ne produisent pas d'effet. Elles sont surtout avantageuses comme traitement local; en *teinture d'iode* contre les abcès et les ulcères scrofuleux, et en pommade contre les scrofulides glandulaires. Les inhalations d'iode ont été conseillées avec avantage.

Les préparations d'*or* peuvent être employées. Elles ont été mises en usage par Lalouette, Chrétien, Legrand, etc., mais elles ne sont pas généralement acceptées.

L'usage des *mercuriaux* a eu plus de succès. Préconisé par Wharton, Pitschaft et quelques médecins qui pensent que la scrofule est un dérivé de la syphilis héréditaire, et qui considèrent le mercure comme un excellent résolutif des engorgements ganglionnaires, le mercure a été donné sous forme de protoiodure et de biiodure à la dose de 1 ou 2 centigrammes par jour, quelquefois seul, et quelquefois associé à l'iodure de potassium. On a donné aussi le sulfure de mercure et l'oxyde rouge, mais leur emploi est peu usité.

Les sels d'*argent*, et le chlorure en particulier, ont été donnés à quelques malades par M. Sicard, mais sans qu'on en ait retiré de réels avantages.

L'*arsenic*, qui n'est pas employé contre la scrofule, est un des meilleurs moyens qu'on puisse opposer à ses progrès. Je l'ai employé depuis cinq ans sur des centaines d'enfants et avec beaucoup d'avantage dans certains cas déterminés de scrofulides secondaires. Le résultat de ces recherches a déjà été publié dans le *Bulletin de thérapeutique* pour 1860, et là je n'ai parlé que des scrofulides secondaires muqueuses, cutanées ou glandulaires avec ou sans ulcération de la peau. En dehors de ces circonstances dans les arthropathies et dans les maladies des os l'arsenic n'a aucun avantage.

Ainsi restreint, l'usage de l'arsenic dans les scrofulides secondaires est extrêmement favorable, et il modifie assez rapidement l'état général pour que l'amélioration et la guérison ne se fassent pas longtemps attendre.

C'est l'arséniate de soude à la dose de 5 à 15 et 20 milligrammes, dans du sirop de sucre ou du sirop de quinquina, que j'ai l'habitude de prescrire :

Sirop de quinquina.....	300 grammes.
Arséniate de soude.....	5 centigrammes.

Faites dissoudre. Une à cinq cuillerées à café par jour.

Ce médicament donne de l'appétit, colore les tissus, augmente les forces et

cicatrise rapidement les plaies scrofuleuses. Jamais, à cette dose, il ne produit d'accidents. Quelquefois il occasionne des vomissements ou des coliques, alors on diminue la dose, et cela n'a pas d'autre conséquence.

A tous ces remèdes, il faut ajouter l'*huile de foie de morue*, blonde ou brune, à la dose de 15 à 60 et 80 grammes par jour. C'est un médicament qui rend de réels services, mais qui peut être suppléé par de la graisse d'oie ou de porc frais; par du lard en abondance, et par tous les corps gras habituellement en usage dans l'alimentation ;

Le *muriate de baryte*, qui se donne de 10 à 20 centigrammes par jour aux jeunes enfants, et jusqu'à 1 et 2 grammes chez l'adulte ;

Le *sous-carbonate de potasse et de soude*, 4 grammes par jour, en dissolution dans un peu d'eau, de camomille et de sirop de gentiane ;

La *ciguë*, la *digitale*, le *brome* et le *bromure de potassium*, le *calamus aromaticus*, la *douce-amère ;*

Les *bains salés*, les *bains sulfureux* répétés, les *bains bromurés* et *iodés*, etc., etc.

Tel est le traitement général des accidents secondaires de la scrofule, mais les accidents, d'après leur siége anatomique, l'importance et les fonctions de l'organe affecté, réclament des modifications toutes particulières. Il est bien clair que les ophthalmies scrofuleuses, les affections cutanées, les maladies des os ou des glandes, exigent un *traitement local* particulier, différent dans chacune de ces scrofulides. Il serait trop long de l'exposer ici, et je renverrai à cet égard aux chapitres où se trouve la description de ces maladies.

Traitement des accidents tertiaires de la scrofule, ou scrofulides tertiaires, ou tuberculose. — Dans cette dernière période de la scrofule, aux accidents secondaires s'ajoutent des accidents nouveaux, donnant lieu à une production morbide spéciale connue sous le nom de *tubercules*. Quel que soit leur siége, dans les glandes, dans les poumons, dans l'intestin, dans les os et dans les autres tissus, etc., etc., si la maladie est apyrétique, les moyens généraux conseillés contre les accidents de la période précédente, peuvent encore être mis en usage ; mais, s'il y a de la fièvre, il est inutile d'y avoir recours.

Le traitement des différentes expressions de la scrofulide tertiaire, compliquée de fièvre et de phlegmasie des organes remplis de tubercules, ne saurait être indiqué d'une manière générale. Il faut à chacune d'elles un traitement particulier. Des prescriptions spéciales sont évidemment nécessaires dans la tuberculose des méninges (méningite tuberculeuse), dans les tubercules du poumon (phthisie pulmonaire), dans la tuberculose entéro-mésentérique, dans les tubercules des glandes lymphatiques, des os et dans les autres tuberculisations. Il est impossible de les indiquer ici, et on les trouvera dans les chapitres spéciaux consacrés à ces différentes maladies.

Aphorismes.

409. La scrofule est une diathèse donnant lieu à des phlegmasies s aiguës ou chroniques de tous les organes occasionnant la tuber[illegible]lose.

410. Il y a dans la scrofule trois âges qui correspondent à autant périodes dites *primitive*, *secondaire* et *tertiaire*.

411. La scrofule *primitive* est caractérisée par la structure spéciale différents organes dont l'ensemble forme la constitution scrofuleuse.

412. La scrofule *secondaire* se révèle par des scrofulides des muqueu des glandes, des séreuses, de la peau et du tissu cellulaire, des différe viscères des os, formées par la phlegmasie latente ou chronique de ces di rentes parties.

413. Les phlegmasies qui constituent les accidents secondaires de scrofule ont une marche spéciale, lente, subaiguë, et donnent lieu à u suppuration séreuse, prolongée ou à des ulcérations froides stationnai interminables.

414. La scrofulide *tertiaire* est caractérisée par la formation des tub cules dans les parties précédemment affectées de scrofule secondaire.

415. Tout tubercule doit être considéré comme une conséquence scrofule.

416. Les tubercules sont toujours la conséquence d'une métamorph des exsudations scrofuleuses antérieures.

417. Les tubercules sont assez souvent la conséquence des maladies aig et des fièvres éruptives antérieures de l'enfance.

418. En voyant les granulations fibro-plastiques, produit d'inflammati se transformer en tubercules, il est évident que la tuberculisation est la c séquence d'un état phlegmasique.

419. On naît presque toujours avec la scrofule, et ce sont les différen conditions extérieures qui la font éclater.

420. Le scrofulisme se reproduit des parents à leur descendance, tan sous une forme semblable, tantôt par des manifestations différentes qui s la métamorphose de la scrofule héréditaire.

421. Quand la scrofule se développe pour la première fois dans une gé ration, c'est toujours à la suite des privations, de la misère, du mau régime, des habitations insalubres, humides, privées d'air et de lumière, des maladies éruptives.

422. La diathèse tuberculeuse et la scrofule que l'on a quelquefois séparé sont une seule et même diathèse.

CHAPITRE VII.

DE LA SYPHILIS INFANTILE.

La syphilis est une maladie générale, spécifique, engendrée par un vir qui s'attaque aux lois de la nutrition et de la vie, qui les [illegible] et qui

ste au dehors ou dans l'intérieur des viscères par des lésions locales, ques, presque toujours les mêmes.

yphilis des nouveau-nés est infiniment moins bien connue que celle ultes, et la différence d'âge amène une telle différence dans la forme ure, dans la marche et le développement de l'affection, qu'il en résulte up d'obscurité dans le diagnostic.

n'y retrouve plus, comme chez l'adulte, ces lois trop tôt formulées par et par M. Ricord, tant pour la syphilis primitive que pour la syphilis utionnelle, et contre lesquelles protestent journellement ceux qui se à l'étude des malades. La syphilis des nouveau-nés exige une étude e, et c'est pour l'avoir négligée que les oracles modernes de la syphilis si complétement trompés dans les doctrines qu'ils ont émises. Gasorella, Jacques Catanée, Georges Vella, Conrad Reitterius, Paracelse, Massa, Mathiole sont les premiers qui se soient occupés de cette forme yphilis. Depuis lors, bien des travaux se sont succédé, entre lesquels je ceux d'Antonius Gallus, Brassavole, Rondelet, Fallope, Botal, Ferrier, de Blegny, Boerhaave, Astruc, Rosen, Doublet, Mahon, Bertin, etc. nier ouvrage de R.-J. Bertin (1) est des plus recommandables, par le des observations et par l'esprit qui les a inspirées. Hunter, chose signale à peine la syphilis des nouveau-nés, et les faits de ce genre ppor sont travestis par l'esprit de système au point de les rendre naissables. Ils sont épars dans son livre, et quelques-uns finement s dans un appendice mis à l'écart et ayant pour titre : *Maladies qui blent à la syphilis constitutionnelle.* Ce sont, pour lui, des anomalies ature qui ne trouvent place dans aucun cadre nosologique et qui sont de côté en attendant qu'un homme de bonne volonté leur trouve n.

uis, d'autres travaux encore ont été publiés par MM. Vidal (de Cassis), eau et Lasègue, Rollet, Diday, Putegnat, deux auteurs dont les ouont été couronnés par la Société de médecine de Bordeaux.

monographie de M. Diday est surtout remarquable par sa clarté, et, ne je n'accepte pas toutes les idées qu'elle renferme, je la considère un événement capital dans l'histoire de la syphilis des nouveau-nés. rle sérieusement le langage de la science. M. Diday a fait en quelrte un ouvrage de conciliation, et, ne pouvant adopter les idées de ord sur la syphilis infantile, non plus que celles de ses adversaires, il a inaugurer un moyen terme, qu'il croit de nature à réunir les suffrages nes divisés par des idées trop absolues. Je crains beaucoup que le chide Lyon ne soit trompé dans ses espérances. Dans la syphilis, comme utes les parties de la science, on ne peut enlever aux faits leur signifi-éelle ; ils sont vrais ou faux, et les besoins journaliers de la pratique

raité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, les femmes enceintes et les s. *Paris, 1810, in-8.*

trouvés et c'est là qu'elle fait le plus de victimes.

La syphilis des nouveau-nés peut être *primitive*, c'est-à ou acquise au moment de la naissance ou peu après, par le m pris au passage par le contact d'une personne étrangère. I *génitale* ou *héréditaire* et par conséquent *constitution* transmise par le père ou par la mère dans l'acte générateur dation, par la mère, si, au début de sa grossesse, elle est inf

§ I. — Syphilis primitive ou acquise.

La syphilis *primitive* du nouveau-né ressemble entiè l'adulte. Elle débute par un chancre, aux parties génitales, la bouche, au visage et sur le corps. Ce chancre guérit e miné, mais plusieurs semaines ou plusieurs mois après, sur *dents secondaires* et *tertiaires* comme chez l'adulte. Ce s d'hui très connues, et sur lesquelles je ne veux pas insister exclusivement de la syphilis héréditaire et congénitale.

§ II. — Syphilis congénitale ou hérédita

La syphilis héréditaire et congénitale est toujours cons conséquent caractérisée par des accidents secondaires. S tous les bons observateurs savent qu'elle peut être la p atteint lui-même de syphilis constitutionnelle invétérée. I souvent celle de la mère qui a eu autrefois des accidents s

'effectuer. Pour le père, l'infection du germe peut avoir lieu et dans la pé-
ode des accidents secondaires et dans la période des accidents tertiaires.

On a dit aussi, et Bertin a soutenu cette opinion, que la syphilis pouvait
re transmise par la lactation, et qu'une nourrice ou une mère nourrissant
n enfant et gagnant la syphilis pouvait la transmettre au moyen de son lait.
n'y a rien de prouvé à cet égard. Cependant la science possède plusieurs
its qui semblent plaider en faveur de la possibilité de cette transmission.
urquoi n'en serait-il pas ainsi, puisque le sperme transmet déjà la vérole
fœtus, et que c'est par le sang de la mère que s'engendre seule quelquefois
tte funeste maladie ?

On se demande pourquoi, si le lait d'une femme trop vivement impres-
nnée donne aussitôt des convulsions à un enfant, ce lait altéré dans sa
rétion par la syphilis ne pourrait pas donner lieu au développement de
te maladie, puisque, ultérieurement saturé de mercure ou d'iodure de
assium, ce même lait perd ses qualités toxiques, et, rendu salutaire, devient
moyen de guérison. Mais ce sont des questions auxquelles on ne peut
ondre d'une manière satisfaisante et sur lesquelles plane encore la plus
de obscurité.

fection du fœtus dans le sein de la mère est une cause fréquente de
ématurée et d'avortement aux cinquième, sixième ou septième mois.
n n'est commun comme l'avortement à l'hôpital de Lourcine et dans les
isons où l'on reçoit les femmes vénériennes. La plupart des femmes qui
rtent plusieurs fois de suite, et cela sans violence extérieure, qui ne peu-
t mener un enfant à terme et qui l'expulsent mort-né, sont des femmes
ctées constitutionnellement, et ayant, elles ou leur mari, une *syphilis*
nte. La preuve, c'est qu'il suffit souvent de traiter les deux époux ou l'un
ux, si le coupable s'est fait connaître, pour qu'une nouvelle grossesse se
nine heureusement. J'ai vu plusieurs dames qui eurent ainsi deux ou
s avortements successifs et chez lesquelles, soupçonnant la syphilis, j'en
ouvris l'existence tantôt chez le père, tantôt chez la mère.

me suffit de traiter convenablement le malade pour voir ensuite ces
es accoucher à terme d'enfants bien portants. Tous les médecins ont
rvé des cas de ce genre.

insi, dans la syphilis héréditaire, le premier danger c'est la mort du fœtus
t terme et son expulsion par avortement. Viennent ensuite des modifi-
ons profondes dans les glandes et dans les viscères, dans le thymus, le
les poumons, et enfin l'apparition assez rare d'accidents locaux vénériens
e corps avant la naissance; quelquefois alors les enfants naissent avec des
ilides cutanées; mais le plus ordinairement, s'ils arrivent au terme de la
sesse, ils viennent au monde sans présenter de traces extérieures de
die syphilitique. Ces accidents ne se montrent que plus tard.

époque à laquelle les symptômes syphilitiques se montrent chez un enfant
a reçu le germe par hérédité est à peu près constamment du premier au

deuxième mois de la vie utérine; aussi rien de plus commun que de voir des mères syphilitiques donner naissance à des enfants d'abord bien constitués en apparence, puis au bout d'un mois ou six semaines, ces enfants sont [illegible] symptômes syphilitiques dont je vais parler. Il est tout à fait exceptionnel de voir apparaître la maladie au bout de six, huit mois et même deux ans [illegible] cela a été dit. Quelques personnes ont vu, au contraire, des syphilides se montrer chez les nouveau-nés au huitième jour après la naissance; mais [illegible] est également rare et demande à être observé avec soin, dans la crainte de quelque méprise assez facile à commettre. Il faut bien se rappeler, [illegible] voir porter un jugement exact sur ces cas de syphilis héréditaire, que [illegible] médecins confondent à tort des éruptions qui surviennent chez les [illegible] enfants, avec des syphilides dont elles n'ont cependant aucun des caractères.

La syphilis peut-elle se traduire par des symptômes extérieurs apparents sur l'enfant au moment même de la naissance? Cette question est [illegible] controversée. Des praticiens du plus haut mérite, et parmi eux [illegible] M. Ricord, croient que les faits de ce genre ont été observés d'une [illegible] incomplète. M. Ricord, se fondant entre autres raisons sur ce que [illegible] petit nombre de cas qui ont été observés, les enfants étaient mort-nés, [illegible] assez disposé à croire que les prétendues syphilides n'étaient que des produits de la décomposition commençante du derme. Cette [illegible] peut-être pas très exacte, car M. Deville a eu occasion d'observer [illegible] enfant mort-né des plaques muqueuses bien caractérisées, [illegible] sur diverses parties du corps. Beaucoup de médecins, au [illegible] citerai M. Diday, ont vu des faits de ce genre.

J'en ai vu moi-même à la Pitié, dans le service de M. M.

Observation I. — L'enfant vécut trois jours et [illegible] mois. Outre des plaques muqueuses, et des [illegible] sur les [illegible] et sur les bras, la vulve était [illegible] et salies par un écoulement leucorrhéique [illegible] étaient à tous les doigts des mains et des pieds.

A l'autopsie, je ne trouvai rien dans le [illegible] cérébrale, les poumons et le foyaus étaient sains, il n'y avait [illegible] dans le foie, toutes les lésions anatomiques [illegible]

La mère avait gagné la vérole au premier mois de [illegible] un écoulement *sans doute ou chancre ou autre* [illegible] grandes lèvres, sur le corps et dans les cheveux. Elle était [illegible] son accouchement.

On peut donc dire que la syphilis héréditaire ne manifeste [illegible] sence par des symptômes apparents que vers la cinquième [illegible] après la naissance; mais qu'elle peut, dans quelques cas [illegible] syphilides à une époque bien plus éloignée de la vie ou [illegible] instant fort rapproché de la conception et enfin qu'elle peut [illegible] l'enfant à l'état de fœtus qui n'a pas vu le jour. Dans la plupart [illegible]

genre observés jusqu'à présent, le fœtus était mort depuis quelques jours au moment de l'accouchement, mais il peut aussi naître plein de vie. C'est ce que j'ai vu à la Pitié chez l'enfant dont je viens de raconter l'histoire. MM. Paul Dubois et Gubler ont observé divers cas analogues sous ce rapport, mais ils étaient relatifs à des cas de pemphigus syphilitique. Dans un fait analogue observé par M. Danyau, il y avait à la fois un pemphigus, un engorgement fibro-plastique, et une ostéite de la face interne du crâne.

Les symptômes de la syphilis héréditaire sont aussi nombreux dans la forme que variés dans leur siége. Les manifestations locales de l'infection syphilique sont superficielles ou profondes, et existent sur la peau, sur les muqueuses, sous forme de syphilides, dans les organes des sens et dans les organes profonds, tels que le thymus, le cerveau, le foie, les poumons, les os, etc., sous l'apparence d'infiltrations plastiques ou de suppurations liées.

A la peau, c'est la desquamation épidermique du visage et des extrémités, les fissures des mains, dans le sein des plis cutanés, des vésicules qui se multiplient, se réunissent et forment des ulcérations superficielles plus ou moins étendues, dont la disposition n'a rien de régulier et qui offrent une surface [illegible], livide, cuivrée, couverte de croûtes minces, grisâtres, desséchées. [illegible] ce sont des roséoles, accident fort rare, des pustules d'ecthyma ou des syphilides tuberculeuses, pustules plates ou plaques muqueuses qui se montrent sur tous les points du corps, mais surtout dans le voisinage des plis articulaires, au pourtour de l'anus et au périnée. Ces plaques n'offrent chez l'enfant aucun caractère plus spécial que chez l'adulte, si ce n'est leur petit volume habituel, leur mollesse extrême et l'abondance de la matière purulente qu'elles sécrètent. Chez d'autres enfants ce sont des syphilides bulleuses et des phlyctènes de pemphygus plus ou moins multipliées. Chez d'autres enfin [illegible] l'inflammation spécifique du pourtour de l'ongle, qui constitue l'onyxis, j'en ai compté vingt sur le même enfant, c'est-à-dire autant que de doigts.

[illegible] les muqueuses ce sont des pustules plates au pourtour de l'anus et de la [illegible]che, ce sont des fissures nombreuses sur les lèvres excoriées, des aphthes [illegible] face interne des joues, mais très rarement des ulcérations dans la gorge et le voile du palais ; ce sont des ulcérations nombreuses dans le nez, suivies [illegible]e abondante sécrétion par les narines.

[illegible] l'intérieur, *dans plusieurs glandes*, dans quelques viscères et dans les [illegible]rents organes, les lésions ne sont pas moins variées. On a même observé [illegible] âge des ophthalmies syphilitiques caractérisées principalement par l'iritis. [illegible]hacun connaît la curieuse altération du thymus, que M. P. Dubois a [illegible]ontrée chez plusieurs enfants issus de parents syphilitiques, et offrant [illegible] mêmes des signes de syphilis constitutionnelle. Le thymus présentait de [illegible]s noyaux d'inflammation et de suppuration disséminés dans son épaisseur. [illegible] foyers, remplis de pus étudié au microscope, ne se sont jusqu'à présent [illegible]ts à M. Dubois que dans les conditions pathogéniques que je viens d'indi-

quer ; aussi tout en faisant des réserves que je partage, ce savant [illegible] a-t-il eu raison de croire à la nature spécifique de l'altération.

Dans le cerveau, c'est une affection nouvelle décrite par M. [illegible] Toulouse) (1), et sur laquelle il y a lieu d'attendre de nouvelle[illegible]

Dans les poumons, des nodosités lobulaires, avec congestion [illegible] plastique jaune, grisâtre, et suppuration, ont été observées par Billard, [illegible] Husson, Cruveilhier, comme des noyaux de pneumonie lobulaire, [illegible] à la naissance, et coïncidant souvent avec des pustules syphilitiques. [illegible] moins ce qu'ont dit Ollivier dans l'ouvrage de Billard et Cruveilhier [illegible] M. Depaul a été plus loin, il a montré que ces noyaux plastiques [illegible] pas de la pneumonie lobulaire, mais bien une lésion spéciale qu'on [illegible] contre qu'avec d'autres symptômes de syphilis chez l'enfant ou du [illegible] parents, et qu'il faut regarder comme une altération spécifique, appartenant [illegible] la syphilis constitutionnelle. M. Depaul, en tirant cette conclusion, [illegible] d'ailleurs sur ce fait important qu'on n'observe cette altération que [illegible] enfants infectés ou nés de parents ayant eu la vérole. La coïncidence [illegible] aussi pour lui une sorte de critérium pour la certitude. Un [illegible] distingué, M. Cazeaux, dans un rapport très remarquable (3), s'est [illegible] contre cette conclusion trop rigoureuse à son avis, et il a pensé que [illegible] rations pouvaient être aussi bien de nature inflammatoire et [illegible] spécificité, que dépendantes de la syphilis. Mais M. Cazeaux [illegible] coup trop subordonner les droits de la raison aux exigences [illegible] Il demande à une lésion de montrer la nature de sa cause [illegible] bien lui-même que jamais les lésions de la syphilis constitutionnelle [illegible] absolument et toujours reconnaissables à première vue. Avec [illegible] raisonner, on en reviendrait à la funeste époque de Broussais, [illegible] vait absorbé par l'inflammation, voire même la syphilis. Il [illegible] trop demander aux faits anatomiques, sous peine de leur [illegible] médecins, et quand ils n'ont pas de signification absolue, [illegible] stances antérieures et concomitantes qu'il faut recourir pour [illegible] véritable nature. Ainsi a fait M. Depaul ; il a souvent observé [illegible] pulmonaires suppurantes avec la syphilis héréditaire ; il [illegible] pouvait être la cause des autres, et il a eu raison.

Dans le foie, c'est une altération spéciale et spécifique observée pour la première fois par M. Gubler.

Elle est constituée par une induration fibro-plastique du [illegible] être *générale* ou seulement *partielle*. Dans le premier cas qu'[illegible] glande hépatique est tout hypertrophiée, dure, élastique : sa [illegible] nâtre, pâle : son tissu est demi-transparent, l'apparence de [illegible]

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, septembre 1854.

(2) *Anat. pathologique du corps humain*, avec planches, t. I, [illegible] livraison.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. [illegible]

est évanouie, et la surface offre seulement quelques granulations fines, blanâtres, opaques, comparables à des grains de semoule.

Ordinairement l'altération est *partielle* et en quelque sorte circonscrite. le se présente sous forme d'un noyau jaunâtre clair, demi-transparent, s ou moins volumineux et très distinct par sa couleur des autres parties unes du foie. Ce noyau d'induration présente d'ailleurs les caractères phyues de l'induration fibro-plastique générale.

Les injections les plus fines ne pénètrent pas dans le tissu induré, et l'ana- microscopique permet d'y constater la présence d'une très grande quantité éments fibro-plastiques, noyaux, cellules plus ou moins allongées et effilées. faut toutefois que ces éléments existent en grand nombre et aient été ueillis dans une portion de foie altérée, jaune et dure, pour que leur préce ait une signification réelle. Sans cela, comme le foie des nouveau-nés, état normal, renferme toujours une certaine quantité de tissu fibro-plasti-, on pourrait se laisser tromper, et déclarer d'après la vue d'un petit nomde ces éléments, que le foie est malade, tandis qu'il serait parfaitement . Un peu d'expérience suffira pour éviter cette erreur.

n rencontre aussi, mais très rarement, dans le périoste et dans les os, les ions qu'on observe sur l'adulte dans la syphilis constitutionnelle. Chez ants atteints de syphilis héréditaire, Bertin n'a vu qu'un seul exemple périostite; M. Laborie en a cité un autre, accompagné de carie bien développée. La lésion que j'ai observée plusieurs fois n'appartient ni à la carie ni dégénérescence du périoste, elle est caractérisée par l'endurcissement naturé des os longs. Chez des enfants nés avant terme ou mort-nés, au lieu mous, spongieux, vasculaires, incomplétement formés et faciles à couper le scalpel, j'ai vu la diaphyse des tibias et des fémurs, solide, compacte, née et impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant. t une modification à laquelle je n'attache pas d'importance, mais qui pré- assez d'intérêt pour être ici consignée. Elle semble indiquer dans lution osseuse un degré d'activité anormale et hâtive, en rapport avec les tions plastiques observées dans plusieurs autres organes.

out récemment, M. Danyau a vu sur un enfant syphilitique, couvert de phigus et mort peu après la naissance, l'intérieur du crâne, entre la dure- et les os, être occupé par des taches jaunâtres formées de matière fibroique avec développement vasculaire considérable. Il y avait en même temps mmet des poumons des noyaux d'infiltration fibro-plastique et purulente. ez quelques enfants la syphilis se manifeste par une ophthalmie purulente lus graves, et par une iritis, qu'ont fait connaître Lawrence, Jacob, er, et J. Dixon. Sept ou huit cas chez des sujets de trois mois à un an, té publiés par ces différents auteurs. J'en parlerai un peu plus loin.

fin, avec toutes ses manifestations locales spécifiques, intérieures ou extées, et je dirai même au-dessus de ces manifestations, planent quelque- n certain nombre de phénomènes généraux de réaction qui nous donnent

la mesure de l'infection syphilitique et de la force de résistance des nouveau-nés. Les enfants anémiques sont pâles et débiles, leur peau est souvent bleuâtre, farde et ridée, surtout au visage ; leur faiblesse augmente ; l'appétit est même complétement perdu ; ils maigrissent beaucoup ; la diarrhée survient, qui les épuise davantage, et si on ne les guérit rapidement, ils prennent l'aspect d'une décrépitude précoce et tombent dans un état de marasme et de cachexie vénérienne au milieu duquel ils ne tardent pas à succomber.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire peut offrir de grandes difficultés. Cela dépend des juges et de leur méthode scientifique. Quelques médecins, mal inspirés par un ancien souvenir des doctrines de Broussais, sont encore aujourd'hui tentés de considérer comme étant de nature inflammatoire simple, les lésions bulleuses de la peau, les fissures des muqueuses, les lésions du foie, les abcès du thymus et les infiltrations plastiques et purulentes du poumons, que je considère comme syphilitiques. Ils exigent qu'on leur démontre la nature différente de ces lésions en indiquant les caractères anatomiques différentiels des unes et des autres, donnant ainsi le funeste exemple de la soumission absolue aux résultats bruts de l'anatomie pathologique, comme si jamais on avait découvert autant de formes anatomiques qu'il y a de spécificités générales et individuelles, ou bien, comme si les produits morbides révélaient toujours la nature du mal. Dans cette erreur profonde où tombe cette école semble plongée, les commémoratifs ne sont plus acceptés, les antécédents des malades, leur âge, les lieux qu'ils habitent, tout disparaît devant la lésion, alors que nous devrions voir, au contraire, ces diverses circonstances commémoratives révéler le véritable caractère ou la vraie nature des altérations anatomiques. On comprend facilement tous les embarras qu'une telle manière de voir a dû apporter dans le diagnostic de la syphilis héréditaire, et pourquoi certains médecins ont tout bonnement déclaré ce diagnostic impossible.

Nous procéderons différemment. Persuadé, comme nous le sommes, qu'il est souvent impossible de remonter de la lésion à sa cause, ou plutôt à sa *nature*, tandis qu'il est plus facile à l'expérience de conclure des causes aux lésions, nous tiendrons compte des circonstances étrangères à l'enfant qui pourront nous éclairer sur la nature de son mal. Le fait de la syphilis du père ou de la mère, indiquant invariablement un état constitutionnel latent chez le nouveau-né, ne peut être laissé dans l'ombre. L'enfant, qui hérite des formes extérieures de sa famille et des dispositions morbides de tous les organes, ne saurait sortir pur et sain, d'un germe élaboré ou imprégné sous l'influence de la vérole. Et quand un fait pareil est établi, il est impossible de ne pas le considérer comme un fait-principe dominant tous les faits secondaires, absolument comme les propriétés dynamiques et vivifiantes du sol modifient l'évolution de la plante dont la graine lui a été confiée. La syphilis étant donc admise comme unie à la force d'impulsion donnée au germe, il en résulte au moins une coïncidence, si ce n'est une impulsion modifiée dont nous verrons ultérieurement les effets.

r moi, il y a impulsion modifiée, mais je n'en tiens seulement au fait de cidence, qui me suffit quant à présent pour ma démonstration. Je sup- onc que les parents ont la syphilis ; l'enfant naît avec une lésion dites-, inflammatoire ou spécifique, au gré de chacun. La première fois que e chose se présente, le doute est permis, car il faut que l'expérience se mais une seconde, une troisième fois, les choses se passent de même. ingt, trente faits et plus encore s'accumulent ; toujours le nouveau-né certaines lésions indéterminées, se trouve avoir des parents infectés de is, alors le doute se dissipe et doit faire place à la certitude.

s jusqu'ici je n'ai parlé que de lésions indéterminées. Qu'est-ce donc , malgré ce qu'on en peut dire, ces lésions, différentes dans la forme, t des caractères spéciaux, et qu'elles se groupent deux à deux, ou à trois me à quatre, chez le même individu, avec une sorte d'uniformité? N'y pas dans cet assemblage constant de lésions suspectes, une éclatante révé- de leur nature intime, différente de la cause inflammatoire simple? N'y pas évidemment au-dessus de ces lésions une cause générale spécifique s engendre? Mais alors si pareille cause existe et qu'il faille sortir du ne de l'inflammation ordinaire, quelle autre cause spécifique pourrait- mettre, si ce n'est la syphilis trouvée chez les parents? Il n'y a plus de cet égard, l'étude des antécédents est de la plus haute importance es affections du nouveau-né qu'on croit appartenir à la syphilis.

n'est pas tout encore ; dans ces lésions, si obscures qu'elles soient à plu- médecins, je trouve des caractères matériels qui les séparent de l'in- ation ordinaire. Certainement le pemphigus syphilitique ne ressemble pemphigus inflammatoire simple ; les nodosités pulmonaires décrites . Depaul, ne ressemblent en rien à la pneumonie lobulaire, pas plus que ration plastique du foie ou de la suppuration disséminée du thymus ne proche de l'hépatite chronique et de la phlegmasie simple du thymus.

enfants atteints de syphilis héréditaire peuvent guérir rapidement lors- sont traités d'une manière convenable. On en voit même qui sont arri- dernier degré du marasme, et qui finissent par se rétablir. Mais dans ce mort est beaucoup plus ordinairement la conséquence de la maladie.

traitement consiste à faire subir à la mère un traitement mercuriel, soit présente elle-même des symptômes apparents de syphilis, soit qu'elle résente aucun.

rait-on proposer ce traitement mercuriel à une nourrice saine qui soi- un enfant affecté de syphilis? C'est une question plus sérieuse qu'on croirait au premier abord, car on dit assez généralement, sans trop de s, que l'emploi du mercure peut avoir des inconvénients très graves. e crois guère, et pour mon compte je n'ai jamais vu qu'un traitement ri-l convenablement dirigé ait eu de fâcheux résultats. Il faut, en faisant areille proposition à une nourrice, lui exposer avec soin ce que l'on d'elle, afin qu'elle décide elle-même en toute connaissance de cause.

Pour la mère, il n'y a nulle hésitation à avoir, et c'est elle qu'il faut [illegible] le fait de la transmission de la syphilis par le père n'est pas le plus [illegible] et, dans presque tous les cas d'exemple de syphilis héréditaire bien [illegible] la cause en a été trouvée chez la mère. Or, que la mère ait [illegible] n'ait [illegible] symptômes apparents, elle n'en est pas moins sous l'influence d'une [illegible] syphilitique qui doit être traitée par le mercure. Si elle nourrit, le [illegible] mercuriel a un double avantage, puisqu'il s'adresse à la fois à la mère [illegible] l'enfant.

Le traitement le plus convenable à mettre en pratique consiste à [illegible] prendre aux nourrices des pilules de protoiodure de mercure, de manière [illegible] donner 5 à 10 centigrammes par jour, sans pousser jusqu'à la salivation.

Protoiodure de mercure.....	1 gramme.
Poudre de réglisse.....	1 —
Sirop de gomme.....	q. s.

Pour 30 pilules ; à prendre deux ou trois par jour.

Sous l'influence de ce médicament, et, bien que les analyses exactes n'[illegible] aient trouvé aucune trace dans le lait, les enfants reviennent rapidement [illegible] santé, et les accidents syphilitiques disparaissent.

Si l'analyse ne rencontre pas le mercure dans le lait, ce n'est [illegible] raison pour croire qu'il ne s'y trouve pas, surtout si l'on réfléchit [illegible] tité minime qui doit y être mélangée. Par exemple, des nourrices qu[illegible] naient de 2 à 4 centigrammes d'iodure de potassium par jour n'avaient des traces sensibles, il est vrai, mais très légères d'iode dans le lait. Puis[illegible] agent aussi facile à reconnaître que l'iode ne se retrouve qu'en petite quan[illegible] combien doit-il être difficile de reconnaître le mercure qui exige des [illegible] lations assez compliquées pour la recherche, et dont les malades ne [illegible] prendre proportionnellement à l'iode que de très légères doses.

Si l'on ne veut pas recourir à ce traitement indirect par la mère [illegible] l'employer au moyen d'ânesses et de chèvres mercurialisées par des [illegible] d'onguent napolitain. Le lait recueilli comme remède et donné [illegible] remplace toute autre nourriture et sert à l'alimentation des enfants.

On peut directement traiter les nouveau-nés atteints de syphilis con[illegible] C'est au mercure qu'il faut d'abord recourir et on administre la [illegible] vante :

Eau distillée.....	10 grammes.
Sirop gomme.....	10 —
Liqueur de van Swieten.....	2 à 3 grammes.

par cuillerées à café en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

On leur donne chaque jour un bain de sublimé à 1 ou 2 grammes. [illegible] moyens ne conviennent pas, on peut les remplacer par une friction [illegible] selle avec l'onguent napolitain.

L'iodure de potassium ne doit être employé que plus tard, dans [illegible]

d'accidents survenus dans les os ou dans le coryza, si l'on pense que les os du nez participent à l'inflammation de la muqueuse nasale.

§ III. — Du coryza syphilitique.

Certains enfants nés de parents syphilitiques, ayant déjà sur le corps des manifestations locales produites par la syphilis, offrent quelquefois une inflammation de la membrane muqueuse pituitaire. C'est ce qu'on appelle le *coryza syphilitique.*

Indépendamment de la cause générale et première du coryza, cette maladie est grave par suite de l'obstacle mécanique apporté par elle à la respiration nasale, et par suite aux mouvements de succion des enfants. Ainsi que nous avons établi dans le chapitre consacré au coryza inflammatoire aigu ou chronique, cet obstacle seul peut faire périr les nouveau-nés. Il est donc important de bien connaître tout ce qui s'y rapporte.

Le nez est rouge et tuméfié à l'orifice des narines, fendillées par suite de nombreuses fissures. Des matières sanieuses, purulentes et ensanglantées, ou du sang s'en échappent continuellement. Des croûtes se forment qui obstruent complétement les fosses nasales. La muqueuse, rouge, livide, gonflée, ramollie, présente le siége d'ulcérations superficielles, qui donnent du sang au moindre contact. La respiration est sifflante, embarrassée par le nez, la succion du sein est difficile, quelquefois impossible, et l'enfant peut mourir de faim, si cet état se prolonge.

Cette forme de coryza exige un traitement local et général. Comme moyens locaux, les lotions émollientes, puis astringentes et les cautérisations de nitrate d'argent, si la phlegmasie est très prononcée, sont les meilleurs agents thérapeutiques. La dose en a été indiquée précédemment, à propos du traitement du coryza inflammatoire. Comme traitement général, il faut faire prendre aux enfants 2 à 5 décigrammes d'iodure de potassium par jour, et sous cette influence l'état local s'améliore très rapidement.

Voici cependant un exemple dans lequel de simples moyens topiques ont suffi pour faire disparaître les accidents.

J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre d'exemples de coryza chronique développés chez des enfants à la mamelle qui avaient un vice héréditaire syphilitique traduit par un eczéma de toute l'étendue du corps et de la face. Voici quelques-uns :

Observation II. — Un enfant, âgé de quatre mois, était couché au n° 3 de la salle Sainte-Thérèse, à l'hôpital Necker, en 1842.

Il était maigre, chétif, pâle, et présentait sur le corps un grand nombre de taches jaunâtres cuivrées, résultat de cicatrices d'anciennes ulcérations. Il avait sur la face plusieurs syphilides papuleuses, et sous la lèvre, une pustule plate, jaunâtre, avec érosion du derme. A la face dorsale de l'un des doigts, on voyait une ulcération profonde, à bords rouges, à fond grisâtre, reposant sur une base indurée.

lorsque [illegible] quatre, devaient le jour à des mères infectées de syphilis présentaient en même temps sur le corps des signes d'inf

Ces enfants furent traités par l'iodure de potassium à la grammes par jour, et leur état s'est rapidement amélioré s Trois d'entre eux ont parfaitement guéris, mais le quatrié suites d'une maladie intercurrente, la petite vérole. Ce effet, celui qu'il faut mettre en usage lorsque l'on soupcon viciation syphilitique comme cause du coryza. Voici dan intéressante des observations de M. Deville :

Observation III. — *Coryza chez un nouveau-né : ulcera qu'elle existe parfois chez les enfants nés de mères syphilitiques* (Valentine-Victoire) est née à Lourcine le 10 février 1842 il y a quatre ans, sur la vulve, des ulcérations pour lesquel l'hôpital des Cliniques, où elle est restée quinze jours seule par l'emploi d'une pommade.

Depuis quatre ou cinq ans, la mère ne s'est plus aperçu une première grossesse qui s'est fort bien passée ; sa premi tante, est morte de fièvre cérébrale à dix-sept mois ; elle e une seconde fois, ayant toujours des rapports seulement ave qu'elle connaît depuis quatre ou cinq ans, et qu'elle n'a jam dant sa grossesse, elle a éprouvé des douleurs dans les org elle a été prise d'un ulcère siégeant dans le voisinage de l elle est revenue à Lourcine dans le courant du mois d'octobr l'hôpital pour attendre l'époque de son accouchement, dans l quoique non guérie, car son mal revenait toujours. Depuis s s'est montré une nouvelle ulcération à la marge de l'anus

Quant à l'enfant, bien portante dans les premiers temps le 25 ou 26 mars, d'un coryza caractérisé par une gêne extré

composé surtout par du pus, qui est quelquefois, au dire de la mère, accompagné d'un écoulement sanguinolent. Sur la partie médiane de la voûte palatine, près du voile du palais, existe une ulcération inégale, peu profonde, à fond légèrement grisâtre, longue de 3 à 4 millimètres, large d'un millimètre environ. Au pourtour de l'anus, sur la face interne des fesses et un peu des cuisses, existent plusieurs plaques d'un rouge vif, sans saillie aucune, dont quelques-unes sont ulcérées très superficiellement et rouges dans ces points ulcérés. On prescrit des soins de propreté et des pansements avec le cérat sur les plaques rouges des fesses. On touchera de temps en temps l'ulcération palatine avec le crayon d'azotate d'argent. Quant au nez, le bon résultat obtenu aujourd'hui chez un autre petit malade de la même salle encourage M. Nélaton à prescrire 5 centigrammes d'iodure de potassium à prendre tous les jours. Cet enfant avait à peu près le même âge, la même affection du nez que celui dont il est question, et, comme lui, il était né d'une mère infectée de syphilis.

Le 11 avril, pas grand changement encore ; seulement on remarque que les deux tiers extérieurs de la langue sont recouverts de plaques blanches, très analogues au muguet ; cependant la mère dit que cette partie de la langue a toujours été blanche, moins, il est vrai, qu'aujourd'hui. Dans l'incertitude, et comme un autre enfant vient de mourir aujourd'hui même du muguet au n° 5, même salle, M. Nélaton prescrit de toucher la partie blanche de la langue avec un pinceau imbibé d'un mélange de miel rosat et d'acide chlorhydrique.

Le 17 avril, l'enfant continue à avoir un écoulement purulent très abondant du nez ; l'ulcère de la voûte palatine se cicatrise, mais les paupières de l'œil droit sont, depuis hier, rouges à l'extérieur et fortement boursouflées, comme dans l'ophthalmie purulente ; cependant la conjonctive est peu rouge, et il y a fort peu de sécrétion purulente. Les paupières de l'œil droit sont légèrement rouges à l'extérieur : collyre d'azotate d'argent à 0,30 porté avec un pinceau matin et soir.

Le 25 avril, il n'y a plus absolument rien à la voûte palatine ; les ulcérations de l'anus sont aussi guéries ; le nez va très bien ; l'air passe déjà par les fosses nasales, et l'écoulement est bien déterminé.

Le 1er mai, l'amélioration persiste.

Le 5 mai, il n'y a plus absolument rien.

Le 19 mai, l'enfant ne prend plus d'iodure de potassium.

Depuis quelques jours la guérison persiste ; on vaccine l'enfant par deux piqûres à chaque bras.

Le 25 mai, le vaccin n'a pas pris, mais c'est presque la règle dans la salle.

Le 5 juin, l'enfant sort parfaitement bien portant avec sa mère, qui est guérie aussi de son côté.

§ IV. — De l'iritis syphilitique.

Quelques auteurs ont observé l'iritis syphilitique chez des enfants de trois mois à un an, nés de parents syphilitiques, et déjà affectés de syphilides à la surface du corps.

Voici en quelques mots la description de cette variété d'ophthalmie, que je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer.

La sclérotique devient rouge pourpre foncé, et l'enfant fuit la lumière. La cornée reste transparente, l'iris se décolore, la pupille se contracte, se déforme, et reste immobile au jour et à l'obscurité. L'humeur de la chambre antérieure se trouble, et quelquefois un dépôt fibrineux jaunâtre ou purulent

tre à la partie inférieure de l'iris. On voit enfin, mais rarement, l
n perdre sa transparence et devenir nuageux sans être entièrem

ophthalmie, ordinairement double, dure assez longtemps, et gué
oins par un traitement approprié. Peu à peu le trouble de l'humeur
use disparaît avec celui de l'iris, le dépôt fibrineux diminue, se résorb
de manière à laisser voir la circonférence de l'iris, et il reste quelquefois
ongtemps sur les bords ou au-devant de la pupille. Cette ouverture
nt claire, noire et contractile, mais elle peut rester immobile et dé
s que nul médicament puisse amener sa dilatation.

iritis doit être traitée par le calomel donné à l'enfant à la dose de 2
milligrammes par jour, et par les frictions de pommade de belladone autour
te.

enfants doivent avoir les yeux couverts et tenus dans l'obscurité, il faut
sortir à l'air extérieur dès qu'on le peut, afin de faciliter la nutrition et
l'hématose. Il faut les nourrir comme d'habitude et leur faire prendre chaque
jour une cuillerée ou deux de sirop de quinquina.

§ V. — Du pemphigus syphilitique.

Le pemphigus syphilitique est une affection bulleuse de la peau, caractérisée par la présence de taches rosées, suivies de la formation de bulles remplies de pus et de croûtes jaunes, brunâtres, minces et lamelleuses.

Il est ordinairement congénital et antérieur à la naissance, ainsi que Gilbert, MM. Paul Dubois, Morin, Depaul, moi-même et tant d'autres en avons vu des exemples. Cependant il ne survient ordinairement qu'un ou plusieurs jours après la venue dans le monde.

Je prends au hasard, et voici un exemple de pemphigus syphilitique congénital rapporté par M. Morin.

Observation IV. — Une femme dont le mari avait eu autrefois la vérole plus complète eut successivement six fausses couches avant terme, dans lesquelles elle produisit six enfants mort-nés et arriva enfin à donner le jour à un septième enfant vivant et couvert de pemphigus, d'ulcérations à la vulve, au rectum, de plaques cuivrées sur le visage et de coryza chronique.

C'en était assez pour caractériser une vérole constitutionnelle. M. Morin n'a pas craint de s'avancer jusque-là, et de conseiller un traitement spécifique à l'enfant et à ses parents. Il aura tort aux yeux des syphilographes, mais il guérira ses malades, et donnera à une femme la possibilité d'engendrer des enfants sains, forts et vigoureux. Cela vaut un peu mieux, selon moi, que l'expectation engagée par certains positivistes de l'école moderne (1).

Le pemphigus syphilitique existe toujours à l'état aigu, et les bulles qui le caractérisent sont généralement grosses comme un pois, au plus comme un

(1) Gaz. des hôpitaux, 1851.

etite noisette. Elles sont plus ou moins nombreuses, et cela en vertu de cir-
onstances particulières non déterminées. Naumann en a compté plus de cent
ur le même enfant; elles sont alors très rapprochées, et quelques-unes se
onfondent sur leur base. Elles renferment un liquide jaunâtre purulent,
uelquefois fétide, du sang même, d'après les observations de Garus et de
ing. Elles se développent sur une partie du corps. Les plus remarquables
xistent à la face plantaire des pieds et sur la paume des mains. Elles reposent
ouvrs sur une peau dont la teinte violette ou bleue contraste avec la cou-
rosée des autres parties. Quelquefois le derme est érodé, ulcéré et couvert
un dépôt plastique membraneux comme on le peut voir dans une observation
M. Gaide. Ces ulcérations superficielles comprennent quelquefois toute
paisseur de la peau et suppurent abondamment. Leurs bords sont parfois
peu relevés et arrondis, et l'on voit alors en différents points, comme l'in-
que M. P. Dubois, les apparences des dernières périodes de l'ecthyma.

La pemphigus syphilitique existe chez des enfants bien développés et dont
nutrition s'est normalement accomplie jusqu'au jour de leur naissance, ou
ez des enfants faibles, débiles et nés avant terme. Il détermine une notable
pide altération de la santé, et la mort suit généralement de près son
ition.

élevé des doutes sur la réalité d'un pemphigus syphilitique des nou-
au-nés sur la possibilité de le reconnaître. Une brillante discussion s'est
evée tout récemment à ce sujet au sein de l'Académie de médecine entre
M. P. Dubois, Ricord et Cazeaux (1). M. Dubois, qui s'était constitué le
fenseur de la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés, me paraît
oir eu raison de ses adversaires. Dans un discours fort remarquable, il a
bli des caractères de l'affection à peu près identiques avec ceux que je
ns de donner, et il montra d'une part que le pemphigus syphilitique existe
ez l'adulte, des aveux même de M. Ricord, et que chez des enfants bien
rtants d'ailleurs, affectés de pemphigus, loin des influences débilitantes de
misère, on pouvait constater chez les parents les traces d'une syphilis an-
nne, ou obtenir d'eux, à cet égard, des renseignements probants. Il a établi
core que plusieurs enfants ont en outre d'autres manifestations syphilitiques
r le voile du palais, dans le pharynx et dans le thymus, le poumon et les os.
a ensuite rappelé qu'un autre médecin, M. Danyau, avait cité des faits ana-
ues, et en particulier celui d'un enfant affecté de pemphigus congénital et
ez lequel s'est développée plus tard une roséole que Cullerier considéra
nme syphilitique.

Enfin une anecdote lui a permis de finir la démonstration commencée de
istence bien réelle du pemphigus syphilitique chez les nouveau-nés.

1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1851, t. XVI, p. 921, 947, 976
uiv.

Observation V. — M. Dubois donnait des soins à une jeune femme dont le mari, atteint d'une affection syphilitique primitive, avait eu l'imprudence de cohabiter avec elle et l'imprudence non moins grande de n'employer que très négligemment un traitement curatif.

Après quelques mois les accidents secondaires se manifestèrent chez l'un et chez l'autre; la jeune femme devint enceinte et elle accoucha, au quatrième mois et demi de la grossesse, d'un fœtus qui paraissait avoir cessé de vivre depuis quelques jours. Ce fut alors, et à l'occasion de cet accident, que M. Dubois apprit les circonstances sus-indiquées. Il soumit la femme et le mari à un traitement antisyphilitique, qui ne fut pas suivi avec toute l'exactitude désirable. Au bout de trois mois survint une seconde grossesse, qui parvint cette fois jusqu'à l'époque très rapprochée du terme. L'accouchement eut lieu d'une manière imprévue et il eut pour résultat la naissance d'un enfant mort et couvert de pemphigus. Cette jeune femme étant redevenue enceinte une troisième fois, prit sur l'avis d'une de ses amies, qu'elle aurait peut-être une chance plus heureuse si elle changeait d'accoucheur. M. Moreau fut demandé, et sa nouvelle cliente put croire en effet que le sort lui était devenu plus favorable, car elle parvint cette fois au terme de sa grossesse et elle mit au monde un enfant vivant et d'apparence bien portant; cependant, quinze jours ou trois semaines après, une éruption syphilitique apparut. L'enfant fut soumis à un traitement spécifique et il guérit.

Le pemphigus congénital, bien développé, peut donc être considéré comme une manifestation syphilitique.

On ne peut plus douter aujourd'hui, et la véritable question qui constitue dans ce débat une difficulté que je ne veux pas amoindrir, c'est de savoir si l'on peut reconnaître cette forme de pemphigus. Oui, c'est là toute la question. Pour mon compte, je pense que ce diagnostic est possible, et présente autant de garanties de certitude que n'importe quelle affirmation médicale. Je vais le prouver.

D'abord, si le pemphigus est congénital, il n'y a pas de doute à avoir : c'est toujours, jusqu'ici, le pemphigus congénital a été rencontré chez des enfants issus de mères syphilitiques.

Mais le pemphigus n'est pas congénital! Il est survenu quelques jours après la naissance; ce peut être un pemphigus simple, ce peut être un pemphigus résultant des influences fâcheuses de la misère sur le lait maternel et sur la constitution de l'enfant. Mais ici encore, dans la plupart des cas, nous trouvons la syphilis de la mère ou du père, ou des renseignements rétrospectifs suffisants pour établir l'existence d'une infection syphilitique passée. Ce n'est là, sans doute, qu'une coïncidence, et toute cause coïncidente n'est assurément pas l'agent effectif d'une lésion simultanée. Mais si le rapport n'est pas certain, il offre au moins quelques chances de probabilité. La certitude ne tient plus qu'à un fil, c'est-à-dire à un ensemble de phénomènes concomitants. Voyons donc quels sont, pour le pemphigus, les phénomènes que nous considérons comme des motifs suffisants à établir sa nature syphilitique. Une fois la probabilité acquise, nous voyons d'un côté les bulles être remplies de pus jaunâtre bien formé, tandis qu'elles sont distendues par une sérosité quand

claire ou opaline dans le pemphigus simple. Ici la couleur de la peau excoriée est rouge, livide, elle est ailleurs d'une nuance rosée assez claire. Ici encore la peau est érodée, ulcérée même, elle ne présente jamais d'ulcération dans le pemphigus simple. Ici les bulles existent avec des lésions syphilitiques dans les autres organes, avec des syphilides cutanées, ou des syphilides muqueuses, des abcès disséminés dans le thymus et les poumons, avec la dégénérescence fibroplastique du foie, avec des onyxis, etc. ; ailleurs, au contraire, dans le pemphigus simple, les bulles sont toute la maladie. Enfin, l'un guérit difficilement, et quand il guérit, c'est au moyen du mercure ou de l'iodure de potassium donné à l'enfant et à la nourrice, tandis que l'autre guérit toujours à l'aide des seuls remèdes délayants.

Le pemphigus syphilitique est une affection grave qui, se rattachant à une lésion vitale originelle, supérieure à tous les mouvements organiques de la nutrition, se présente avec peu de chances de guérison. Il entraîne souvent la mort des enfants et cela en quelques jours. Il y a des nouveau-nés assez robustes qui résistent plus longtemps, mais qui finissent enfin par être emportés. Quelques-uns guérissent quand le pemphigus syphilitique est isolé de toute affection viscérale grave ; mais quand il existe en même temps l'altération du thymus, des poumons et du foie que nous avons décrite, alors la mort est certaine.

Le traitement de cette forme de pemphigus est un traitement spécifique. La bulle n'est rien, il faut remonter plus haut et modifier rapidement la constitution et le sang des enfants. On y réussira au moyen du mercure donné par l'intermédiaire du lait, par la mère ou par la nourrice, ou administré directement aux petits enfants.

Quand la mère nourrit, il faut lui faire prendre tous les jours deux pilules de Sédillot, ou deux pilules contenant chacune 3 centigrammes de protoiodure de mercure.

Si c'est une nourrice étrangère qui donne le sein à l'enfant, il faut faire en sorte qu'elle soit avertie des chances possibles d'infection qui la menacent, il faut lui demander de faire le traitement nécessaire à la santé de l'enfant, et si elle accepte, on lui fera prendre seulement tous les jours une pilule de Sédillot ou une pilule avec 3 centigrammes de protoiodure de mercure. Quand la nourrice craint de prendre les médicaments et que la mère ne nourrit pas, il faut traiter directement le nouveau-né. On lui fera prendre tous les jours la potion suivante par cuillerées :

Eau distillée.....	40 grammes.
Sirop de gomme.....	10 —
Liqueur de van Swieten.....	2 à 3 grammes.

En toute occurrence, il faut d'ailleurs faire des lotions de sublimé sur le corps des enfants et les mettre chaque jour dans un bain de sublimé.

Deutochlorure hydrargyrique....	1 à 3	grammes.
Eau de cologne.....	10	—
Eau distillée.....	100	—

Pour l'eau d'un bain.

Si le pemphigus n'est pas accompagné de lésions plus profondes, il guérit sous l'influence de ces moyens; mais si en même temps que le pemphigus existent le coryza, l'angine, l'affection thymique et pulmonaire, il faut employer l'iodure de potassium, et le faire prendre directement dans de l'eau ou dans du lait sucré à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour.

Parmi les observations de pemphigus syphilitique qui méritent d'être remarquées et que j'ai publiées dans les précédentes éditions de cet ouvrage, je citerai : 1° celle de M. Dubreuil, relative à la nommée Marie Garbal. Les quatre enfants eurent le pemphigus congénital terminé trois fois par la mort et chez le quatrième par la guérison; 2° l'observation d'un nouveau-né atteint de pemphigus syphilitique et d'abcès multiples du poumon mort vingt minutes après la naissance; 3° enfin celle que M. P. Dubois a lue à l'Académie de médecine et qui a été l'objet d'un grand débat contradictoire entre lui et M. R[illegible]

§ VI. — Sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices.

Le fait de la transmission des accidents syphilitiques secondaires des nouveau-nés aux personnes qui les entourent, et particulièrement aux femmes chargées de les élever et de les nourrir, commence enfin à se [illegible] malgré les efforts intéressés de quelques syphilographes. Les [illegible] sont multipliés et présentent un tel caractère de certitude qu'il ne peut [illegible] y avoir de doute sur leur véritable signification.

C'est là une question grave au point de vue de la science, et dont la solution intéresse vivement l'hygiène publique et la jurisprudence médicale. Une fois résolue par une affirmative, il n'importe pas moins de prévenir [illegible] syphilitique des nourrices mercenaires dans les bureaux de location, le refus des enfants suspects, que de faire indemniser celle qui a bien évidemment contracté la syphilis d'un nourrisson infecté.

Nul doute qu'un enfant infecté de syphilis primitive, résultant [illegible] d'une personne étrangère infectée, ne puisse, à son tour, transmettre [illegible] tion à sa nourrice. C'est là un fait qui n'a rien que de très naturel, qui [illegible] dans les lois ordinaires de la contagion syphilitique, et qui ne saurait [illegible] contesté.

Mais la syphilis congénitale, mais la syphilis héréditaire, qui n'a [illegible] manifestation que des accidents secondaires ou constitutionnels souvent [illegible] déterminés, peut-elle se transmettre à la nourrice? Voilà la vraie question que je crois avoir résolue en utilisant les faits déjà fort nombreux que [illegible]

ervation personnelle et la science ont mis à ma disposition. Depuis mes pre-niers travaux, du reste, cette opinion a pris faveur, et j'ai vu avec plaisir ıu'elle était partagée par MM. Diday, Rollet et plusieurs autres syphilographes.

On a déjà, depuis longtemps, signalé la possibilité de la transmission des ccidents syphilitiques du nouveau-né à la nourrice. Cette assertion se retrouve lans les écrits de quelques-uns de nos plus anciens syphilographes, mais, oit qu'chez eux cette idée résultât d'une conviction théorique plutôt que l'une étude attentive des faits, ils semblent n'y pas avoir ajouté beaucoup l'importance.

En 1523, Jacques Catanée disait : *Vidimus plures infantulos lactentes, ıli morbo infectos, plures nutrices infecisse* (1). Plus tard, Nicolas Massa ɛprimait la même opinion, sans plus de preuves, et accidentellement, tout ı parlant d'autre chose, absolument comme Faguer, Doublet et Bertin à ɔtre époque, dans leurs mémoires sur la maladie vénérienne des nouveau-ɛs. Quoique légèrement données, ces indications n'en sont pas moins dignes intérêt ; elles prouvent au moins que des remarques judicieuses, vérifiées r le temps, ont été faites sur le sujet. Bertin surtout, dont l'ouvrage est important, signale le fait de la contagion syphilitique des nourrissons ourrice de la manière la plus explicite. C'est une des propositions du e son livre, et l'on est tout étonné de ne plus en trouver le dévelop-ment dans le cours de la dissertation, qui ne renferme qu'un fait à cet ard ; encore est-il moins certain que probable.

Cullerier a essayé de réparer l'omission de Bertin, et dans ce but, il a ıblié (2) un mémoire spécial, suivi de cinq observations à l'appui. Malheu-usement une seule d'entre elles justifie son titre, et il serait difficile de ger dans les autres, si c'est l'enfant qui a infecté la nourrice, ou si, au ntraire, c'est la nourrice qui a infecté son nourrisson. Néanmoins ce travail cuse nettement l'opinion de son auteur, et l'observation qui reste pour lui rvir de base ne saurait être attaquée.

Hunter lui-même a rapporté des faits qui prouvent la possibilité de cette ntagion, mais, ne pouvant ou ne voulant pas les voir dans leur véritable ır, à cause de certaines idées préconçues, il s'est mépris à leur égard, et il ı a déguisés sous le titre insidieux de maladies qui ressemblent à la syphilis nstitutionnelle. Ce sont des faits curieux à étudier, dont je reparlerai un u plus loin.

La science est remplie d'observations de syphilis transmise des nouveau-nés x nourrices ; j'en connais plus de vingt : une de M. Cullerier (3) ; une de Bouchacourt (4) ; trois de M. le docteur John Egan (5) ; deux de

1) *Tractatus de morbo gallico.*
2) *Journal de médecine.*
3) *Journal de médecine.*
4) *Revue médicale.*
5) *Journal de Dublin.*

M. Rayer que j'ai déjà publiées (1); une de M. Petrini, de Turin (2), une, dans lequel la nourrice a obtenu une indemnité de 2000 fr., malgré les conclusions contraires de M. Ricord (3); une de M. Caradec de Brest (4)); une de M. Barrillier, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux (5); une où la nourrice a reçu 8,000 fr. d'indemnité (6); une de M. Letorsay, communiquée à la Société de chirurgie (7); une de [illegible], suivi d'une indemnité de 5000 fr. pour la nourrice; deux de moi, que je vais rapporter; enfin les trois de Hunter.

Observation VI. — En 1850, pendant mes fonctions de médecin du bureau central, j'ai vu un enfant, à la consultation du parvis Notre-Dame, de deux mois et demi, nourri par sa mère; il avait de nombreuses ulcérations, peu profondes, à fond rouge, de grandeur variable, autour de la verge et de l'anus; ces ulcérations étaient semblables à celles qui résultent des excoriations du derme, par suite de la malpropreté. L'enfant n'avait rien sur le corps et dans la bouche, il était d'ailleurs très chétif, et sa mère résolut de le confier à une nourrice de la campagne.

Celle-ci, âgée de vingt-cinq ans, mère de quatre enfants, le dernier venu ayant un an, n'avait jamais eu d'affections cutanées; elle vivait sagement à la campagne avec son mari, homme de bonne conduite, fort simple, et en qui elle [illegible] toute confiance.

Quinze jours après avoir reçu ce nourrisson, à l'occasion d'une [illegible] sein gauche par son propre enfant, le bout du sein devint malade et [illegible]. Plus tard vinrent des boutons sur le corps et à l'extérieur des parties [illegible].

Son enfant qui a continué de teter, a également des boutons au [illegible] autour de l'anus.

Épouvantée de ces accidents survenus après la venue du nourrisson malade qui lui avait été laissé, craignant qu'il n'en fût la cause, et fatiguée de ne pas le voir profiter comme ses enfants propres, elle le rendit à ses parents au bout de deux mois.

Elle s'occupa ensuite de se faire guérir, car elle avait des plaques muqueuses au fond de la gorge, des syphilides papuleuses sur tout le corps, des plaques muqueuses aux parties génitales externes, et avec tout cela une ulcération saigna qui a dépouillé de son épiderme tout le mamelon gauche. J'ai examiné le mari qui n'avait rien au corps et aux parties génitales, qui n'avait aucune cicatrice ancienne et qui assurait n'avoir jamais contracté le mal vénérien, tout en ayant conservé ses relations avec sa femme.

Quoi qu'il en fût, je prescrivis un traitement antisyphilitique à suivre pendant deux mois. Les pilules de Sédillot, deux par jour, en formaient la base, et la malade guérit.

Ici la nourrice était infectée, cela ne fait aucun doute; mais ce qu'il fest de

(1) *Traité des maladies des nouveau-nés*, 3e édit. Paris, 1855, p. 823; et *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés* (*Gazette médicale*. Paris, 1856).

(2) *Gazette médicale*, 1851.

(3) *Gazette des hôpitaux*.

(4) *Bulletin thérapeutique*, 1851.

(5) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1860.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1858.

(7) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855.

rminer, c'est l'origine du mal. Le mari ne saurait être responsable, trop heu-
ux pour lui d'avoir traversé le danger sans en éprouver le mal. La femme, il
t vrai, pouvait bien avoir été punie par la syphilis d'une faute qu'elle aurait
mmise; mais cela ne m'a pas paru probable, d'après ses réponses. Elle a nié
fait, ce qui ne prouve rien, je le sais, mais comme elle ne demandait pas d'ar-
nt pour le dommage à elle survenu, comme elle ne semblait pas avoir peur de
n mari qui elle paraissait dominer, circonstances qui auraient pu l'engager à
simuler la cause de son mal, il y a donc lieu d'ajouter foi à ses réponses ; de
ns, je l'ai interrogée seule, et elle m'a répondu en termes d'une telle franchise,
'il n'y avait pas plus de honte à avouer une faute si elle avait pu la commettre.
n'a paru me rien déguiser. Chez cette femme, un enfant malade et justé-
nt suspect arrive; bientôt après, elle et son enfant tombent malades, présen-
t des signes incontestables de syphilis secondaire, et elle rapporte son mal
contact de l'enfant étranger. Il est infiniment probable que cette femme a
son, du moins je pense comme elle à cet égard ; mais entre cette probabilité,
rande qu'elle soit, et une certitude absolue, il y a encore une immense dif-
nce que d'autres faits pourront seuls rapprocher.

Voici une observation des plus curieuses, que j'ai recueillie en faisant mon
vice d'inspection au bureau des nourrices de la rue Sainte-Apolline. On
pit une femme donnant le jour à trois enfants syphilitiques infectant suc-
ement trois nourrices prises au bureau. Le hasard permit que les enfants
ent donnés à des femmes provenant du même département, et ce n'est
à la troisième fois, par la reproduction du même nom de famille Leroy,
on s'aperçut de l'origine des accidents syphilitiques communiqués aux trois
rrices différentes du même pays.

Observation VII. — *Syphilis de l'enfant à la nourrice et à l'enfant de la nour-
. Infection de trois nourrices à quelques années de distance par trois enfants
e femme atteinte de syphilis constitutionnelle.* — Une femme Leroy, ayant eu
yphilis, et n'en présentant plus de traces, donne un premier enfant à une
rrice du bureau municipal de la rue Sainte-Apolline; peu de temps après,
fant meurt et la nourrice est infectée. Elle a plus tard un second enfant
lle donne à une seconde nourrice prise au même bureau, l'enfant paraît sain,
'accepte sans savoir d'où il vient et sans faire attention à ce qui s'était passé.
enfant tombe bientôt malade, et meurt après avoir communiqué la syphilis à
ourrice.
a femme Leroy devient enceinte de nouveau, accouche d'un enfant de belle
arence, et qu'on présente encore au bureau de la rue Sainte-Apolline, pour
voyer en nourrice. L'administration reçoit l'enfant, sans s'occuper de son ori-
et sur mon certificat de bonne santé apparente le donne à une nourrice par-
ment bien portante.
u bout d'un mois l'enfant a mal à la gorge, des ulcères dans la bouche, puis
ourrice souffre du mamelon, des ulcérations de mauvaise nature s'y dévelop-
t des deux côtés, et le médecin du pays, qui reconnaît une syphilis commu-
iée par l'enfant, traite cette femme, sans cependant la guérir complétement.
ons enfin, qu'une fille de sept ans, qui jouait sans cesse avec le nourrisson, le
ait boire, l'embrassait continuellement, fut à son tour et après la nourrice
e de mal à la gorge, d'ulcérations aux amygdales, et de syphilides tubercu-
es au pourtour de l'anus.

Au bout de sept mois, la nourrice vint à Paris avec sa propre fille et son nourrisson. C'est alors que je pus les examiner.

La femme offrait aux deux seins les cicatrices d'ulcérations guéries; la peau n'offrait rien de particulier à la surface du corps, de la tête, ni à l'extérieur des parties génitales. L'intérieur de la gorge était la seule partie malade. On y voyait une rougeur livide sur le voile du palais, le pharynx et les piliers des amygdales. Les tonsilles, très volumineuses, offraient, celle de droite, une ulcération grisâtre, profonde, inégale, aux fonds rouges, calleux et coupés à pic, celle de gauche, une induration très prononcée. En outre il y avait une ulcération à la face interne de la joue, sur le repli muqueux de la dernière molaire inférieure. Quelques ganglions cervicaux sous-maxillaires et occipitaux étaient engorgés.

La fille de la nourrice, âgée de sept ans, n'offrait plus que les traces d'un mal de gorge à peu près guéri. Sur les amygdales hypertrophiées, et endurcies, il n'y avait plus trace d'ulcération. Les parties génitales étaient saines, et l'anus offrait encore avec une rougeur livide circulaire à base indurée, une seule plaque muqueuse en voie de réparation.

Le nourrisson n'avait rien de particulier sur le corps ni sur les parties génitales, il offrait seulement dans l'arrière-bouche, une coloration rouge livide, étendue, des amygdales hypertrophiées et ulcérées d'un côté, deux petits ulcères à surface grisâtre inégale et dure à la base de la langue.

Cette observation est des plus concluantes et ne laisse aucun doute sur la possibilité de la transmission par contagion des accidents syphilitiques secondaires, car trois enfants d'une même femme infectée de syphilis, avaient eux-mêmes une syphilis constitutionnelle sur la nature de laquelle il n'y a pas de doute à élever, ont transmis la syphilis à trois nourrices et à leurs enfants. En présence d'un pareil fait, toute discussion contradictoire doit cesser, ou il n'y a pas de science possible.

Observation VIII. — *Syphilis de l'enfant à la nourrice* (Hunter). — Un enfant fut accusé d'avoir transmis la maladie vénérienne à sa nourrice.

Le père avait eu une gonorrhée deux ans avant son mariage et quatorze ans avant la naissance de l'enfant.

La mère avait eu un premier enfant, puis un second, qui vinrent bien portants. Le troisième arriva mort à la fin du cinquième mois. Le quatrième vint prématurément à sept mois à peine recouvert d'épiderme, atteint de dysenterie et il mourut presque aussitôt. Le cinquième vint à huit mois, très chétif et offrit au bout de quelques jours, sur le corps et dans la bouche, un grand nombre de vésicules remplies d'un pus clair. Il mourut au bout de trois semaines. On l'avait confié à une nourrice. Celle-ci peu après la mort de l'enfant eut des *ulcères au mamelon*, puis des *glandes* dans l'aisselle, puis *très mal à la gorge* sans lésion locale, puis une *éruption sur la peau* avec chute de l'épiderme des mains et des doigts, puis *des onyxis* avec *chute des ongles* aux mains et aux pieds.

Hunter, dans cette observation (1) dont je viens de donner l'analyse, nie la syphilis de l'enfant et de la nourrice. Chez cette dernière, il osa même attribuer au mercure l'ulcération des doigts et la chute des ongles. Mais un

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, avec des additions, par P. Ricord. Paris, 1 83

emarque à faire, c'est que Hunter, en niant la syphilis, ne peut dire quelle naladie il a eue sous les yeux. Ce n'est pas la syphilis, faites-en ce que vous oudrez.

Voici une seconde observation de Hunter, que ce grand chirurgien a relé-guée dans un endroit de son livre où il est assez difficile de la trouver, et qui st dissimulée sous le titre de *Maladies qui ressemblent à la syphilis constitutionnelle* (1). Hunter a toutes les faiblesses des hommes systématiques ; il cartèle ce qui le gêne. Un fait se rencontre, et parce qu'il ne cadre guère avec l'théorie, c'est le fait qui a tort, et il forme une aberration de la nature. Ainsi veulent certains maîtres de nosologie.

Observation IX. — *Syphilis de l'enfant à la nourrice* (Hunter). — Une ame nourrit deux enfants, et donne au sien le sein droit, à l'autre le *sein auche*.

Au bout de six semaines, le *mamelon gauche* s'ulcère et tombe par suite des ogrès du mal ; la cicatrisation eut lieu trois mois après le début des accidents. ors l'enfant étranger avait la respiration courte, des aphthes dans la bouche, il mourut de consomption, le corps couvert d'ulcères. Bientôt après la nourrice ait des douleurs lancinantes dans diverses régions, et eut sur les bras et sur cuisses une éruption de plaques dont plusieurs devinrent des ulcères. Elle soumise à un traitement mercuriel.

ois ans après elle eut un enfant dont l'épiderme se détachait en plusieurs dont le corps présentait une éruption squameuse et qui mourut au bout neuf semaines. On l'avait confié à une nourrice. Celle-ci peu après eut de la phalalgie, de la douleur dans la gorge et des ulcérations sur les seins. Entrée ns un hôpital et traitée par le mercure, elle sortit non guérie au bout de quelles mois. Les os du nez et du palais s'exfolièrent, et quelques mois après elle urut dans un état de consomption.

La dame se traita par les bains de mer et la tisane de Lisbonne, ses ulcères bras et aux cuisses guérirent en un mois. Un an après elle eut un nouvel enit très faible qui mourut avant la fin du mois. Enfin, après dix mois, elle vit ulcères s'ouvrir de nouveau, suppurer pendant une année et disparaître pour jours.

Qu'est-ce donc qu'une maladie transmise par un enfant au sein d'une femme, ectant son organisme, amenant des plaies sur sa peau, modifiant le produit ne conception ultérieure, de manière à donner lieu à la naissance d'un nt ulcéré, lequel infecte une autre nourrice sur les seins, dans le pharynx, les os, partout enfin, au point de la faire périr ? Qu'est-ce donc, si ce t la *syphilis* ou la *syphiloïde*, mot que Hunter a cherché sans pouvoir le contrer, car il y pensait en disant, à propos de ce fait, qu'il se forme que jour des poisons nouveaux qui ressemblent beaucoup au poison vénéi, de sorte que ce n'est pas par les points de ressemblance, mais par ceux lissemblance qu'il faut les juger ?

Encore un fait de M. Hunter ressemblant à la syphilis et n'étant pas de la hilis (2).

) *Traité de la maladie vénérienne*, p. 785.

) *Loc. cit.*, p. 789.

Observation X. — *Syphilis de l'enfant à la nourrice* (Hunter). — Un [illegible] né de parents sains en apparence fut confié à une nourrice trois [illegible] après la naissance. Sa peau présentait des desquamations, et il y avait des [illegible] rations autour de l'anus. On eût dit que la partie avait été [illegible], il y avait aussi des desquamations sur les lèvres et des aphthes dans la bouche. Il mourut au bout de quinze jours, n'ayant teté que le sein gauche.

La nourrice continua d'allaiter son propre enfant et vint à la ville [illegible] un second nourrisson. Au bout de quinze jours, et cinq semaines après [illegible] du premier nourrisson, elle eut un ulcère au mamelon gauche, puis deux [illegible] après une éruption de quinze jours sur le corps, les bras et les cuisses. [illegible] éruption était comparable à celle de la variole.

A ce moment une glande de l'aisselle suppura, fut ouverte et guérit rapidement.

Au contraire, quelques pustules de l'éruption cutanée devinrent de large ulcères et se couvrirent de croûtes, puis une ulcération vint sur l'amygdale gauche et l'on fit un traitement mercuriel pendant six semaines. Hunter le fit suspendre et la nourrice guérit provisoirement; elle eut plus tard un abcès au sein, près du mamelon, et une nouvelle éruption au visage; enfin tout disparut.

L'enfant avait été retiré à cette nourrice cinq jours après le début de l'éruption et donné à une seconde nourrice. Il eut au bout de quelques jours une éruption pustuleuse sur la tête et des excoriations dans la bouche qui le gênaient pour teter; il eut une éruption sur la face, les genoux et les pieds pendant [illegible] mois. On le ramena à Londres sans lui faire aucun traitement, et, donné à une troisième nourrice, il guérit rapidement.

Cette nourrice eut aussi des accidents inflammatoires au sein, un [illegible] au mamelon et puis une éruption aux cuisses et aux jambes. Elle guérit sans [illegible] faire. Son lait s'était tari ; mais pour amuser son propre enfant [illegible] dans la bouche le mamelon du sein qui avait été malade. Cet enfant [illegible] lade de la même manière que le nourrisson. Tous deux prirent du [illegible] guérirent.

La troisième nourrice, de même que la précédente, fut affectée [illegible] temps, mais les taches se montrèrent encore moins nombreuses : [illegible] la maladie perdait beaucoup de sa force, car chaque infection nouvelle [illegible] caractère moins malin que les précédentes. La malade guérit sans [illegible] médicament.

Qu'est-ce donc encore que cette maladie communiquée d'un enfant [illegible] nourrices successivement et à l'enfant d'une de ces nourrices? [illegible] donner à ce *poison nouveau* susceptible de se transmettre comme le syphilis sans être la syphilis d'après Hunter? Lui donnerons-nous le nom [illegible] *loïde?* Mais ce terme n'est qu'un masque pour l'ignorance. Nous [illegible] les mêmes raisons que Hunter pour alléguer ce fait dans l'ombre. Nous préférons, en vertu de l'analogie, voir dans ce fait un exemple évident [illegible] secondaire du nouveau-né à sa nourrice transmise par l'inoculation.

Les ouvrages de M. Putegnat (1) et de M. Diday (2) contiennent beaucoup de faits de ce genre. Ceux qui sont publiés par ce dernier auteur ont sur

(1) *Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Paris, 1854.

(2) *De la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Paris, 185[illegible]

une grande importance ; élève de M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Lyon, on ne peut lui opposer son inexpérience, et cependant, nourri des idées du maître sur la non-contagion des accidents secondaires, il adopte aujourd'hui cette doctrine à laquelle il apporte l'appui de nombreuses observations.

Tels sont les faits que l'on peut invoquer en faveur de la transmission de la syphilis des enfants nouveau-nés à leur nourrice. Ils n'ont certainement pas tous la même valeur ni le même degré d'importance ; ils ne peuvent tous servir également bien à la solution de la question. Il faut pour cela les diviser et les classer selon leur importance.

Quelques faits, comme ceux de Hunter, Cullerier, de Bouchacourt, de Putegnat, de Diday, de Rollet et les miens offrent un caractère de certitude qui ne permet pas le doute sur l'origine de la contagion : ce sont les plus importants ; d'autres, au contraire, analogues au dernier exemple que j'ai apporté, et parmi lesquels nous trouvons ceux de Bertin et de M. Rayer, ne donnent que des probabilités en faveur de la contagion par l'enfant, mais ne démontrent peut-être pas d'une manière rigoureuse. Quelques-uns, enfin, manquent de détails, ne représentent plus qu'une opinion dénuée de preuves, ne sauraient être admis.

C'est en laissant de côté cette dernière catégorie de faits pour ne plus consulter que les deux autres, où se trouvent placés les faits les plus certains et les plus probables, que nous croyons devoir conclure en disant :

La syphilis congénitale assez rare dans la ville est très commune chez les enfants trouvés.

Il faut traiter la nourrice et l'enfant par le mercure contre les accidents secondaires et par l'iodure de potassium s'il y a des accidents tertiaires de syphilis.

La syphilis congénitale peut se transmettre du nourrisson à la nourrice, et est un devoir pour le médecin d'ordonner l'isolement des nouveau-nés syphilitiques.

Les enfants nés avec la syphilis doivent être nourris au biberon à la campagne, ou bien les nourrices doivent être averties qu'on leur donne un enfant syphilitique.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

PREFACE .....

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ENFANCE.

SECTION I. — Considérations générales sur les maladies de l'
fance et sur les moyens de les reconnaître .....

SECTION II. — Des moyens d'exploration des enfants .....

CHAPITRE PREMIER. — DE LA PHYSIONOMIE CHEZ LES ENFANTS NAISSANTS.

Coloration de la face et des téguments .....
Des traits et de l'expression de la face .....
De l'expression des yeux .....

CHAP. II. — DU GESTE ET DE L'ATTITUDE .....

CHAP. III. — DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'EMBONPOINT .....

CHAP. IV. — DU CRI .....

CHAP. V. — DES SIGNES EXTÉRIEURS FOURNIS PAR L'EXAMEN DE LA BOUCHE
DU VENTRE .....

CHAP. VI. — EXAMEN DE LA POITRINE ET DE LA RESPIRATION .....

Etudes sur la respiration des enfants à la mamelle .....
Des signes extérieurs de la respiration dans l'état pathologique

CHAP. VII. — EXAMEN DE LA CIRCULATION .....

De la fréquence du pouls et de la fièvre chez les enfants à la
melle .....
De la fièvre et de la réaction fébrile chez les enfants .....

CHAP. VIII. — DE LA CALORIFICATION CHEZ LES NOUVEAU-NÉS .....

SECTION III. — De la mortalité chez les enfants nouveau-nés

Aphorismes .....

DEUXIÈME PARTIE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE DE L'ENFANCE.

LIVRE I. — Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la naissance .....

§ I. Chute du cordon ombilical, sa dessiccation, suppuration de l'
bilic, hémorrhagie ombilicale .....
§ II. Hémorrhagie ombilicale ou omphalorrhagie .....
§ III. Arrachement du cordon ombilical .....
§ IV. Phlegmon de l'ombilic .....
Causes .....
Symptômes .....
Marche, durée, terminaisons .....
Pronostic .....
Anatomie pathologique .....

Traitement 57
§ V. Artérite ombilicale 58
§ VI. Exfoliation de l'épiderme 63

LIVRE II. — Des maladies de la tête et du système nerveux 64

CHAPITRE PREMIER. — De l'acéphalie 64

CHAP. II. — De l'anencéphalie 65

CHAP. III. — De l'encéphalocèle ou hernie du cerveau 65
Traitement 68

CHAP. IV. — Du céphalæmatome 68
§ I. Du céphalæmatome épicrânien 69
Lésions anatomiques 70
Symptômes, marche, terminaisons 71
Pronostic, traitement 72
§ II. Du céphalæmatome sus-périostique 73
§ III. Du céphalæmatome intra-crânien 73

CHAP. V. — De la gangrène du cuir chevelu 74

CHAP. VI. — Des abcès du cuir chevelu 75

CHAP. VII. — Des tumeurs du cuir chevelu 78

CHAP. VIII. — De l'amyélie 79

CHAP. IX. — De l'hydrorachis, ou spina bifida 80
Traitement 84

CHAP. X. — Hémiplégie faciale 89

CHAP. XI. — Paralysie du deltoïde 91

CHAP. XII. — Spasme de la glotte, ou phrénoglottisme 91
Causes 92
Symptômes 93
Diagnostic 95
Pronostic 96
Anatomie pathologique 96
Traitement 97
Aphorismes 99

CHAP. XIII. — Du tétanos des nouveau-nés 100
Traitement 103

CHAP. XIV. — De la contracture des extrémités 106
Causes 107
Symptômes 108
Diagnostic 109
Pronostic 109
Traitement 110
Aphorismes 110

CHAP. XV. — De la chorée ou danse de Saint-Guy 111
Divisions 111
Anatomie pathologique 113
Symptômatologie 113
Durée 115
Terminaison 116
Complications, variétés 116
Diagnostic 117
Traitement 117

CHAP. XVI. — Des paralysies myogéniques 122

Causes..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Marche, durée, terminaisons..... [illegible]
Diagnostic..... [illegible]
Pronostic..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
Aphorismes..... [illegible]

CHAP. XVII. — Des paralysies essentielles..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
Aphorismes..... [illegible]

CHAP. XVIII. — Des convulsions ou de l'éclampsie chez les enfants..... [illegible]
Convulsions essentielles, ou éclampsie..... 137
Causes..... 140
Symptômes..... 145
Diagnostic..... 149
Pronostic..... 150
Traitement..... 151
Aphorismes..... 153

CHAP. XIX. — Des convulsions symptomatiques..... 154

CHAP. XX. — De la méningite..... 155
§ I. De la méningite granuleuse..... [illegible]
Causes..... [illegible]
Altérations organiques..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Durée..... [illegible]
Terminaison..... [illegible]
Diagnostic..... [illegible]
Pronostic..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
Aphorismes..... [illegible]
§ II. De la méningite aiguë simple..... [illegible]
Étiologie..... [illegible]
Anatomie pathologique..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Terminaison..... [illegible]
Traitement..... [illegible]

CHAP. XXI. — Des tubercules du cerveau..... [illegible]

CHAP. XXII. — De l'hydrocéphalie..... [illegible]
§ I. De l'hydrocéphalie aiguë..... [illegible]
§ II. De l'hydrocéphalie chronique..... [illegible]
Causes..... [illegible]
Lésions anatomiques..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Marche, terminaisons..... [illegible]
Traitement..... [illegible]

CHAP. XXIII. — Des tumeurs séreuses du crâne..... [illegible]

CHAP. XXIV. — De l'hémorrhagie cérébrale congénitale..... [illegible]

CHAP. XXV. — De l'apoplexie des nouveau-nés..... [illegible]

CHAP. XXVI. — De l'hémorrhagie des méninges, ou apoplexie méningée..... [illegible]
Causes..... [illegible]
Lésions anatomiques..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Marche, durée, terminaisons..... [illegible]
Diagnostic, traitement..... [illegible]

IAP. XXVII. — Des cysticerques du cerveau chez les enfants..... 219
IAP. XXVIII. — De la sclérose cérébrale ou induration du cerveau..... 231

IE III. — Des maladies du nez..... 233
IAPITRE PREMIER. — Du coryza..... 233
Aphorismes..... 237
AP. II. — De l'épistaxis..... 237

E IV. — Des maladies du larynx..... 238
APITRE PREMIER. — De la laryngite..... 238
AP. II. — De l'œdème de la glotte..... 239
AP. III. — Du croup..... 240
Lésions anatomiques..... 243
Symptômes..... 246
Formes..... 256
Marche..... 256
Complications..... 257
Diagnostic..... 258
Pronostic..... 259
Traitement..... 260
Traitement chirurgical..... 267
Trachéotomie, tubage du larynx..... 269
Aphorismes..... 278
AP. IV. — Du faux croup ou laryngite striduleuse..... 278
Causes..... 279
Symptômes..... 279
Terminaisons..... 280
Diagnostic..... 281
Pronostic..... 281
Traitement..... 282
Aphorismes..... 282
AP. V. — De la toux convulsive ou nerveuse..... 283
Définition..... 283
Caractères..... 283
Traitement..... 283
AP. VI. — Corps étrangers du larynx..... 283
AP. VII. — De la brulure du larynx..... 291

IE V. — Des maladies du thymus..... 301
§ I. Inflammation et suppuration du thymus..... 302
§ II. Dégénérescence du thymus..... 302

IE VI. — Des maladies des bronches et des poumons..... 303
APITRE PREMIER. — De la bronchite..... 303
Causes..... 303
Anatomie pathologique..... 305
Symptômes..... 307
Marche, durée, terminaisons..... 310
Diagnostic..... 311
Complications..... 313
Pronostic..... 313
Traitement..... 314
Aphorismes..... 317
AP. II. — De la pneumonie..... 318

Division du sujet.....
Causes.....
Lésions et productions morbides.....
Symptômes.....
Symptômes en particulier.....
Symptômes généraux.....
Diagnostic.....
Marche, durée, terminaisons.....
Pronostic.....
Traitement.....
Aphorismes.....
CHAP. III. — De la pleurésie..... 316
Causes, symptômes..... 319
Diagnostic, traitement..... 332
Aphorismes..... 334
CHAP. IV. — De la phthisie pulmonaire chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle..... 351
1° De la phthisie granuleuse..... 355
2° De la phthisie tuberculeuse..... 358
CHAP. V. — De la coqueluche..... 363
Historique..... 363
Causes.....
Anatomie pathologique.....
Symptômes.....
Marche, durée, terminaisons.....
Récidives.....
Diagnostic.....
Nature.....
Influence des maladies intercurrentes.....
Pronostic.....
Traitement.....
Aphorismes.....
CHAP. VI. — De l'emphysème pulmonaire et cutané.....
CHAP. VII. — De l'asphyxie des nouveau-nés.....
Causes.....
Formes.....
Symptômes.....
Diagnostic, terminaisons.....
Lésions anatomiques.....
Traitement.....
LIVRE VII. — Des maladies du cœur.....
CHAPITRE PREMIER. — Vices de conformation du cœur.....
CHAP. II. — De l'établissement de la circulation indépendante.....
CHAP. III. — De la cyanose des nouveau-nés.....
CHAP. IV. — De l'hypertrophie du cœur.....
CHAP. V. — De la péricardite.....
CHAP. VI. — De la syncope chez les enfants à la mamelle.....
LIVRE VIII. — Des maladies de la bouche..... 111
CHAPITRE PREMIER. — Des maladies des lèvres..... 111
§ I. Adhérence des lèvres, coarctation de la bouche..... 111
§ II. Bourrelet muqueux de la lèvre..... 112
§ III. Bec-de-lièvre..... 112

Traitement 414
Aphorismes 418

CHAP. II. — Des maladies de la langue et du voile du palais 418
§ I. Vices de conformation de la langue 418
§ II. Adhérences congénitales de la langue 420
§ III. Ulcérations de la langue 421
§ IV. Division accidentelle de la langue 422
§ V. Division congénitale du voile et de la voûte du palais 422

CHAP. III. — De la formation des dents, des phénomènes physiologiques de la dentition et des accidents qui accompagnent l'évolution dentaire 423
§ I. Formation et constitution du follicule dentaire 424
§ II. Évolution et sortie des dents 430
§ III. Accidents de l'évolution dentaire 433
Aphorismes 440

CHAP. IV. — Des angines 441
Art. I. De l'angine érythémateuse 443
Traitement 444
Art. II. De l'amygdalite ou angine tonsillaire phlegmoneuse 444
Art. III. De l'angine ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse 446
§ I. De l'angine ulcéreuse, gangréneuse, couenneuse bénigne 447
§ II. De l'angine ulcéreuse, gangréneuse, couenneuse maligne 448
Symptômes 449
Variétés 455
Marche, terminaisons 455
Diagnostic 456
Pronostic 457
Traitement 459
Aphorismes 463

CHAP. V. — De la pharyngite 465
Corps étrangers du pharynx 466

CHAP. VI. — De la stomatite 467
§ I. Stomatite simple 467
§ II. Stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse 469
§ III. Stomatite mercurielle 472

CHAP. VII. — Des aphthes 473
Des aphthes gangréneux 475

CHAP. VIII. — De la gangrène de la bouche 476
Causes 476
Lésions anatomiques 477
Symptômes 478
Marche, terminaisons 480
Complications 480
Pronostic 481
Diagnostic 481
Traitement 482

CHAP. IX. — Des calculs salivaires 483

CHAP. X. — Du muguet 484
Causes 491
Symptômes 492
Pronostic, terminaisons 495
Traitement 496
Aphorismes 497

LIVRE IX. — Des maladies de l'estomac et des intestins..... [illegible]
CHAPITRE PREMIER. — DE LA DIARRHÉE..... [illegible]
Définition..... [illegible]
Historique..... [illegible]
Division..... [illegible]
§ I. Diarrhée catarrhale et spasmodique..... [illegible]
Causes..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
Marche, durée..... [illegible]
Pronostic..... [illegible]
Traitement..... 51[illegible]
Aphorismes..... 518
§ II. Diarrhée inflammatoire, ou entéro-colite..... 519
Anatomie pathologique..... 520
Causes..... 523
Symptômes..... 524
Complications..... 529
Marche, durée..... 529
Pronostic..... 530
Traitement..... 531
Aphorismes..... 535
CHAP. II. — DE L'ENTÉRITE TUBERCULEUSE OU TUBERCULOSE, ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE OU CARREAU..... 53[illegible]
Causes..... [illegible]
Complications..... [illegible]
Diagnostic..... 541
Pronostic..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
CHAP. III. — DU CHOLÉRA-MORBUS..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
CHAP. IV. — DE LA DYSENTERIE..... [illegible]
CHAP. V. — DU RAMOLLISSEMENT DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC..... [illegible]
CHAP. VI. — DU HOQUET..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
CHAP. VII. — DE LA RÉTENTION DU MÉCONIUM ET DE LA CONSTIPATION..... [illegible]
§ I. De la rétention du méconium..... [illegible]
§ II. De la constipation..... [illegible]
CHAP. VIII. — DES VERS INTESTINAUX..... [illegible]
1° Des ascarides lombricoïdes..... [illegible]
Traitement..... [illegible]
2° Des oxyures vermiculaires..... [illegible]
3° Du tricocéphale..... [illegible]
4° Des ténias ou vers solitaires..... [illegible]
CHAP. IX. — INVAGINATION DES INTESTINS..... [illegible]
Symptômes..... [illegible]
CHAP. X. — DE L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE..... [illegible]
Causes..... [illegible]
CHAP. XI. — DES HERNIES DE L'ABDOMEN..... [illegible]
1° De la hernie ombilicale..... [illegible]
2° De la hernie inguinale..... [illegible]
3° De la hernie diaphragmatique..... [illegible]

LIVRE X. — Des maladies de l'anus et du rectum 604
CHAPITRE PREMIER. — VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.. 604
§ I. Rétrécissement de l'anus 605
§ II. Des imperforations simples de l'anus et du rectum 606
§ III. Des imperforations de l'anus et du rectum, avec communications anormales de cet intestin 608
1° Imperforations avec ouverture du rectum à la surface cutanée. 609
2° Imperforations de l'anus et du rectum, avec ouverture du rectum dans la vessie ou l'urèthre 609
3° Imperforations de l'anus et du rectum, avec ouverture du rectum dans le vagin 610
§ IV. Absence du rectum 611
CHAP. II. — DE LA CHUTE DU RECTUM OU PROLAPSUS DU RECTUM 614
Traitement 616
CHAP. III. — DES POLYPES DU RECTUM 620
CHAP. IV. — DE LA FISSURE A L'ANUS 624
LIVRE XI. — Des maladies du péritoine. — De la péritonite 625
Causes 625
Altérations anatomiques 626
Symptômes 627
Traitement 629
LIVRE XII. — Des maladies du foie 630
CHAPITRE PREMIER. — DE L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS 630
CHAP. II. — DE L'HÉPATITE 631
Altérations anatomiques 631
1° De l'hépatite simple 632
Formes 632
Traitement 633
2° De l'hépatite maligne, ou ictère grave 635
3° De l'hépatite chronique 635
4° De l'hépatite traumatique 636
CHAP. III. — DE L'ATROPHIE AIGUE DU FOIE 637
LIVRE XIII. — Des maladies des reins 638
CHAPITRE PREMIER. — DE LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE 638
CHAP. II. — DES URINES LACTIFORMES 642
CHAP. III. — DU DIABÈTE SUCRÉ 642
LIVRE XIV. — Maladies des organes génito-urinaires 647
§ I. Imperforation du gland et du prépuce 647
§ II. De l'hypospadias 647
§ III. Du phimosis congénital 649
§ IV. De l'hydrocèle 651
§ V. Du fongus du testicule 655
§ VI. De l'inclusion scrotale et testiculaire 655
§ VII. De l'incontinence d'urine 659
Causes 660
Symptômes 662
Marches, durée, terminaisons 662
Pronostic 662
Traitement 662
§ VIII. De la dysurie et de la rétention d'urine 666

§ IX. De la dilatation des uretères.....
§ X. Du sarcocèle chez les jeunes enfants.....
§ XI. Occlusion de la vulve et de l'urèthre.....
§ XII. De l'hémorrhagie vulvaire.....
§ XIII. De la gangrène de la vulve.....
Traitement.....
§ XIV. Du prurit de la vulve.....
§ XV. De la leucorrhée.....
§ XVI. Des polypes du vagin.....
§ XVII. De la fonction des mamelles et de la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés.....

LIVRE XV. — Des fièvres éruptives.....

CHAPITRE PREMIER. — De la vaccine.....
Des éruptions vaccinales secondaires.....

CHAP. II. — De la variole.....
Altérations anatomiques.....
Symptômes.....
Diagnostic.....
Pronostic.....
Traitement.....
Aphorismes.....

CHAP. III. — De la varioloïde.....

CHAP. IV. — De la varicelle.....

CHAP. V. — De la scarlatine.....
Causes.....
Symptômes.....
Complications.....
Récidives.....
Diagnostic.....
Pronostic.....
Traitement.....

CHAP. VI. — De la rougeole.....
§ I. De la rougeole vulgaire.....
Complications.....
Diagnostic.....
Pronostic.....
Causes.....
§ II. Des rougeurs anomales.....
Traitement.....
Aphorismes.....

LIVRE XVI. — De la fièvre intermittente.....
Causes.....
Symptômes.....
Retour et durée des accès.....
Diagnostic.....
Complications.....
Pronostic.....
Traitement.....

LIVRE XVII. — Des maladies de la peau.....

CHAPITRE PREMIER. — De l'érythème et des ulcérations des vessies et des ampoules.....

CHAP. II. — De l'intertrigo ou gerçures qui se forment dans la profondeur des plis de la peau 739
CHAP. III. — Des gourmes 739
De l'impétigo 740
Traitement 742
CHAP. IV. — De la teigne 744
§ I. De la teigne faveuse 745
§ II. De la teigne tonsurante ou tondante 749
§ III. De la teigne mentagre 749
§ IV. De la teigne achromateuse ou décalvante 750
Traitement 750
CHAP. V. — Du pemphigus 754
CHAP. VI. — De l'érysipèle 755
Causes 755
Symptômes 756
Durée, terminaisons 758
Anatomie pathologique 759
Traitement 759
Aphorismes 761
CHAP. VII. — Des nævus et des tumeurs érectiles 761
Traitement 769
Aphorismes 781
CHAP. VIII. — Des hémorrhagies de la peau après les piqures de sangsues. 782
CHAP. IX. — De l'hématidrose ou sueur de sang 782
CHAP. X. — De l'emphysème du tissu cellulaire 783

LIVRE XVIII. — Du sclérème ou de l'endurcissement de la peau des nouveau-nés 784
Causes 785
Altérations anatomiques 787
Symptômes 789
Marche et complications 792
Diagnostic 793
Traitement 793
Aphorismes 796

LIVRE XIX. — Des maladies du cou 797
CHAPITRE PREMIER. — Des oreillons 797
Aphorismes 804
CHAP. II. — Des kystes du cou 804
Traitement 808
CHAP. III. — De l'adénite cervicale 811
Traitement 811

LIVRE XX. — Des maladies des yeux 813
CHAPITRE PREMIER. — De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés 813
CHAP. II. — De la tumeur lacrymale 817
CHAP. III. — Absence congénitale de la sécrétion lacrymale 818

LIVRE XXI. — Des maladies de l'oreille 820
CHAPITRE PREMIER. — De l'otite et de l'otorrhée 820
Aphorismes 822

CHAP. II. — Corps étrangers de l'oreille.....

LIVRE XXII. — Des maladies des os.....

CHAPITRE PREMIER. — Du rachitisme.....

Causes.....
Anatomie pathologique.....
Symptômes.....
Complications.....
Diagnostic.....
Pronostic.....
Traitement.....
Aphorismes.....

CHAP. II. — Des fractures et du décollement des épiphyses chez les jeunes enfants.....

1° Des fractures en général.....
2° Des fractures en particulier.....
§ I. Des fractures du crâne.....
§ II. Fracture du maxillaire inférieur.....
§ III. Fracture de la clavicule.....
§ IV. Fracture de l'humérus.....
§ V. Fracture du radius.....
§ VI. Fracture du fémur.....
§ VII. Fracture du tibia.....
§ VIII. Fractures multiples.....
3° Du décollement des épiphyses.....

LIVRE XXIII. — Des maladies des articulations.....

CHAPITRE PREMIER. — Des vices de conformation articulaire.....

§ I. Des vices de conformation des articulations avec déviation luxations.....
Causes.....
Physiologie pathologique.....
§ II. Des vices de conformation étudiés dans les diverses articulations.
Vices congénitaux des articulations tibio-tarsiennes et des os du pied (pieds bots).....
Anatomie pathologique.....
Symptômes.....
Diagnostic.....
Pronostic.....
Traitement.....
Vices de conformation congénitaux des articulations de la main (main bot).....
Vices de conformation congénitaux des articulations autres que la main et le pied.....

CHAP. II. — De l'entorse.....

CHAP. III. — De l'arthrite.....

CHAP. IV. — Du rhumatisme articulaire.....

Traitement.....
Aphorismes.....

LIVRE XXIV. — Des maladies des doigts.....

§ I. De l'adhérence des doigts.....
§ II. Des doigts surnuméraires.....
§ III. Des engorgements digitaires.....
§ IV. De l'éléphantiasis congénital des doigts.....

LIVRE XXV. — De la croissance dans ses rapports avec les maladies des enfants 882

1° De l'accroissement dans l'état physiologique 884
2° De l'influence des maladies sur la croissance 888
3° Influence de la croissance sur les maladies 893
Conclusions 899
Aphorismes 900

LIVRE XXVI. — Des maladies générales 900

CHAPITRE PREMIER. — Du purpura 900
Causes 901
Lésions 902
§ I. Purpura des nouveau-nés 903
§ II. Purpura simplex 903
§ III. Purpura hæmorrhagica 904
Marche, durée, terminaisons 905
Pronostic 905
Traitement 906
Aphorismes 906

CHAP. II. — De la diphthérite 907
Considérations générales 907
Tableau de la diphthérite 908
Anatomie générale des fausses membranes 912
Terminaison, pronostic 916
Traitement 920
Aphorismes 922

CHAP. III. — De la fièvre typhoïde 923
Causes 925
Développement 926
Symptômes 926
Marche, durée, terminaisons 932
Complications 934
Diagnostic 943
Pronostic 944
Anatomie pathologique 945
Traitement 949
De l'élément périodique 951
Aphorismes 953

CHAP. IV. — De la chlorose 954
Traitement 956

CHAP. V. — De la leucocythémie 957
§ I. Leucocythémie locale 961
§ II. Leucocythémie générale aiguë 961
§ III. Leucocythémie générale chronique 962

CHAP. VI. — De la scrofule 966
Causes 968
Siége des tubercules 974
Symptômes généraux 975
Marche 976
Nature 979
Traitement général 981
Aphorismes 986

CHAP. VII. — De la syphilis infantile.....
§ I. Syphilis primitive ou acquise.....
§ II. Syphilis congénitale ou héréditaire.....
§ III. Du coryza syphilitique.....
§ IV. De l'iritis syphilitique.....
§ V. Du pemphigus syphilitique.....
§ VI. Sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices.....

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIFORNIA 94304

Ignorance of Library's rules does not exempt violators from penalties.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

P45
B75
1862

Bouchut, Eugène
Traité pratique des
des maladies des nouveau-
nés des enfants

DATE DUE	

P45
B75
1862